

Univerzita Karlova
Přírodovědecká fakulta

Studijní program: Demografie
Studijní obor: Demografie se sociologií



Anna Končická

**Současné trendy a struktury umělé potratovosti
se zaměřením na Českou republiku po roce 1986**

**Recent trends and patterns of induced abortion
with focus on the Czech Republic after 1986**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
Prof. RNDr. Jitka Rychtaříková CSc.

Praha, 2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze, 13. 8. 2020

.....
Anna Končická

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala Prof. RNDr. Jitce Rychtařikové CSc. za cenné rady, konzultace, věnovaný čas, trpělivost a odborné vedení této práce.

Současné trendy a struktury umělé potratovosti se zaměřením na Českou republiku po roce 1986

Abstrakt

Hlavním cílem této bakalářské práce je podat ucelený přehled o vývoji úrovně a struktur umělé potratovosti v České republice po roce 1986 až do současnosti v širším kontextu. První část bakalářské práce se věnuje především základním informacím o umělém přerušení těhotenství a jednotlivým faktorům ovlivňující úroveň umělé potratovosti v České republice. Ve druhé části jsou analyzovány trendy a struktury umělé potratovosti pomocí metod demografické analýzy. Dále jsou analyzována individuální anonymizovaná data Českého statistického úřadu pomocí binární logistické regrese. Během sledovaného období došlo k výraznému poklesu úrovně umělé potratovosti v České republice a došlo také ke změně struktury umělé potratovosti z hlediska věku, rodinného stavu, počtu dětí a vzdělání ženy.

Klíčová slova: Česká republika, umělá potratovost, trendy, struktury

Počet znaků bez mezer: 73 405

Recent trends and patterns of induced abortion with focus on the Czech Republic after 1986

Abstract

The main objective of this bachelor thesis is to give a comprehensive overview of development and patterns of induced abortion in the Czech Republic after 1986 until present in a broader context. The first part of this study is primarily devoted to basic information on induced abortion and to individual factors influencing the level of induced abortion in the Czech Republic. In the second part, trends and patterns of induced abortion are analysed using methods of demographic analyses. Individual anonymous data provided by the Czech Statistical Office are also analysed using binary logistic regression method. During the reference period, there was a significant decrease in the level of induced abortion and also change in the structure of induced abortion by age, marital status, number of children and education.

Keywords: Czech Republic, induced abortion, trends, patterns

OBSAH

Seznam tabulek	7
Seznam grafů	8
Přehled použitých zkratk	9
1 Úvod	10
1.1 Cíle práce a hypotézy	11
1.2 Struktura práce	12
2 Interrupce	13
2.1 Interrupce podle způsobu provedení	13
3 Faktory ovlivňující úroveň umělé potratovosti	15
3.1 Vývoj legislativy na území ČR	15
3.2 Antikoncepce	17
3.3 Společenské klima	19
3.3.1 Dvě základní strategie přístupu k UPT	19
3.3.2 Postoje české společnosti k UPT	20
3.4 Individuální vlivy	20
4 Analýza úrovně umělé potratovosti v České republice po roce 1986	23
4.1 Zdroje dat	23
4.2 Ukazatele potratovosti	24
4.3 Mezinárodní srovnání	26
4.4 Vývoj úrovně umělé potratovosti v České republice po roce 1986	27
4.3.1 Úroveň umělé potratovosti podle druhu potratu	28
4.3.2 Úroveň umělé potratovosti podle věku ženy	30
4.3.3 Průměrný věk ženy při UPT	32
4.3.4 Úroveň umělé potratovosti podle rodinného stavu	33
4.3.5 Úroveň umělé potratovosti podle počtu dětí	35
4.3.6 Úroveň umělé potratovosti podle počtu předchozích UPT ženy	37
4.3.7 Úroveň umělé potratovosti podle vzdělání ženy	38
4.3.8 Úroveň umělé potratovosti podle regionu	40

5	Analýza charakteristik žen podstupujících UPT ze zdravotních důvodů	42
5.1	Metodologie a data.....	42
5.2	Analýza UPT ze zdravotních důvodů	44
5.3	UPT ze zdravotních důvodů těhotné ženy a plodu.....	47
6	Závěr.....	49
	Seznam použité literatury.....	52

SEZNAM TABULEK

Tab. 1	Podíl žen užívajících antikoncepci podle druhu potratu, ČR, 2018, (%).....	19
Tab. 2	Struktura UPT podle rodinného stavu a počtu dětí ženy, ČR, 1987, 2003 a 2018 (%).....	22
Tab. 3	Struktura UPT podle nejvyššího dosaženého vzdělání, ČR, 1987–2018 (%)	22
Tab. 4	Potratové indexy podle počtu narozených dětí před interrupcí, ČR, 1987–2018	36
Tab. 5	Struktura jednotlivých druhů potratů, kraje ČR, 1993, 2005 a 2018, (%)	41
Tab. 6	Kódování jednotlivých kategorií a referenční kategorie, binární logistická regrese	44
Tab. 7	Odhad šance, že žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů podle vybraných charakteristik ženy, ČR, 2018	45
Tab. 8	Pravděpodobnost, že žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů podle vybraných charakteristik ženy (maximální a minimální hodnoty), ČR, 2018	47
Tab. 9	Podíl UPT ze zdravotních důvodů podle věku, počtu živě narozených dětí a počtu předchozích samovolných potratů ženy, ČR, 2018, (%)	48

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1	Počet žen užívajících antikoncepci na 1000 žen ve fertilním věku, ČR, 1987–2016	18
Graf 2	Míry umělé potratovosti podle věku, ČR, 1987–2018.....	21
Graf 3	Index umělé potratovosti, vybrané státy Evropy, 2018	27
Graf 4	Úhrnné ukazatele plodnosti a umělé potratovosti a vývoj užívání antikoncepce, ČR, 1980–2019	28
Graf 5	Index potratovosti podle druhu potratu, ČR, 1987–2018.....	29
Graf 6	Obecná míra umělé potratovosti podle druhu potratu, ČR, 1987–2018	30
Graf 7	Index umělé potratovosti podle věkových skupin, ČR, 1987–2018	31
Graf 8	Míry umělé potratovosti podle věkových skupin, ČR, 1987–2018	32
Graf 9	Průměrný věk při UPT podle pořadí, ČR, 1987–2018.....	33
Graf 10	Struktura žen podstupujících UPT podle rodinného stavu, ČR, 1987–2018	34
Graf 11	Index umělé potratovosti podle rodinného stavu, ČR, 1987–2018.....	35
Graf 12	Struktura UPT podle počtu dětí ženy, ČR, 1987–2018.....	36
Graf 13	Úhrnná umělá potratovost podle pořadí UPT, ČR, 1987–2018	37
Graf 14	Pravděpodobnost dalšího UPT, ČR, 1987–2018	38
Graf 15	Struktura UPT podle nejvyššího dosaženého vzdělání ženy, ČR, 1987–2018	39
Graf 16	Index umělé potratovosti podle nejvyššího dosaženého vzdělání ženy, ČR, 1987–2018.....	40

PŘEHLED POUŽITÝCH ZKRATEK

CVVM	Centrum pro výzkum veřejného mínění
ČR	Česká republika
ČNR	Česká národní rada
ČSR	Česká socialistická republika
ČSÚ	Český statistický úřad
EU	Evropská unie
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NZIS	Národní zdravotnický informační systém
SPRSV	Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu
UPT	Umělé přerušení těhotenství
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky

Kapitola 1

Úvod

Problematika umělého přerušení těhotenství dodnes vzbuzuje diskuse napříč celou společností, a to nejen ze strany široké veřejnosti, ale i ze strany odborníků z různých branží od medicíny a práva až po politiku. Důkazem nejednotnosti názoru společnosti na toto téma a jeho etické, morální a právní problematiky by mohlo být nedávné schválení zákona v americkém státu Alabama, který by zde znemožnil ženám podstoupení umělého přerušení těhotenství s výjimkou vážného ohrožení života ženy, přestože ve většině vyspělých zemích má žena právo na žádost umělé přerušení těhotenství podstoupit. Přestože byl tento zákaz téměř veškerých druhů indukovaných potratů 29. října 2019 zablokován, lze jen těžko předpokládat, že by tím byla ukončena debata mezi zastánci a odpůrci interrupcí. Na to poukazuje i fakt, že určité snahy o zpřísnění přístupu žen k interrupcím se ve Spojených státech v poslední době objevují stále častěji (BBC 2019). Naopak Severní Irsko, které velmi dlouho patřilo mezi vyspělé země, kde byly interrupce zakázané, s výjimkou přímého ohrožení života těhotné ženy, odhlasovalo v referendu v roce 2018 zrušení tohoto zákazu, které vzešlo v platnost 31. března 2019 (Government UK 2020). Velké množství států Evropské unie tak umožňuje podstoupit umělé přerušení těhotenství na žádost těhotné ženy nebo bere v potaz zdravotní či sociální faktory.

Snahy o legalizaci interrupcí v Československu a umožnění tak ženám kontrolu plodnosti se začaly objevovat již ve 20. letech 20. století, avšak k zásadnější změně došlo až v roce 1950, kdy byl přijat nový trestní zákon č. 86/1950 Sb., který umožnil ženám podstoupit umělé přerušení těhotenství, pokud byl ohrožen její zdravotní stav. V roce 1957 pak vzešel v platnost zákon o umělém přerušení těhotenství č. 68/1957 Sb., který legalizoval interrupce i ze sociálních důvodů. Zde se však nejednalo pouze o svobodné rozhodnutí ženy, jelikož těhotná žena byla závislá na rozhodnutí interrupční komise, a to až do roku 1986, kdy byl přijat zákon (č. 66/1986 Sb.) o umělém přerušení těhotenství s účinností od 1. 1. 1987, který interrupční komise zrušil. Tento zákon, který je platný dodnes, také umožnil podstoupit interrupci na základě písemné žádosti těhotné ženy (Kühn 1998). Vývoj právní ochrany plodu byl odlišný v evropských státech bývalého Sovětského svazu od zbytku Evropy. K legalizaci indukovaných potratů zde došlo podstatně dříve než v západoevropských státech a nebylo to vlivem feministických hnutí a tlakem občanské společnosti, ale zejména snahou ovlivnit počet žen schopných k práci. Pokud

tedy nebyly dostupné metody plánování rodičovství, stala se interrupce ideálním nástrojem na regulaci plodnosti (Dudová 2012).

V minulých staletích byl zákrok umělého přerušení těhotenství velmi riskantní a vždy se jednalo o vysoké ohrožení života ženy. Pokud žena v minulosti nechtěně otěhotněla, nezbývalo jí než se obrátit na tzv. anděličkářku, anebo své dítě po porodu odložit. Interrupční zákrok anděličkářky byl pro ženy velmi bolestivý, jelikož zákrok neprobíhal s anestézií. Anděličkářství bylo tvrdě trestáno již od starověku do rané doby osvícení např. upálením nebo trestem smrti (Haškovcová 2002). Až s rozvojem lékařské vědy se stal interrupční zákrok méně ohrožujícím a stresujícím, a to především díky odbornému provedení a možnosti anestezie. V současnosti jsou ve vyspělých státech prováděny všechny legální interrupce v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních pod dohledem lékařů.

Tato bakalářská práce je zaměřena na analýzu umělé potratovosti České republiky po roce 1986 do současnosti. Do roku 1992 jsou analyzována data pouze za Českou republikou nikoli za celé Československo. Mezní rok 1986 byl vybrán z toho důvodu, že v tomto roce byl přijat nový zákon o umělém přerušení těhotenství (byl uveden v platnost 1. 1. 1987), který zrušil dosavadní interrupční komise a českým ženám bylo umožněno podstoupit interrupce na podání žádosti. Tato liberalizace zákona o umělém přerušení těhotenství, měla zásadní vliv na vývoj úrovně umělé potratovosti v České republice v 90. letech. Z hlediska sběru dat pak byla do umělých přerušení těhotenství zahrnuta od roku 1987 také mimoděložní těhotenství, což činí statistickou řadu konzistentní v čase.

1.1 Cíle práce a hypotézy

V období od roku 1987 do roku 2018 došlo k poměrně velkým změnám v úrovni umělé potratovosti v České republice. Cílem této bakalářské práce je analýza trendů a struktur umělé potratovosti se zaměřením na Českou republiku po roce 1986 pomocí demografických a statistických metod v kontextu hlavních faktorů, které úroveň umělé potratovosti ovlivňují. Konkrétně je analýza prováděna pomocí indexu a míry umělé potratovosti. Druhým cílem práce je analýza individuálních anonymizovaných dat souboru potraty z roku 2018. Analýza výše zmíněných dat je zaměřena na problematiku umělého přerušení těhotenství ze zdravotních důvodů a provedena pomocí binární logistické regrese.

Na základě rešerše literatury byly stanoveny následující hypotézy, které jsou ověřovány v analytické části této práce:

- Během sledovaného období došlo k výraznému poklesu úrovně umělé potratovosti v České republice (Kocourková a Fait 2011) zejména v důsledku rozvoje moderních antikoncepčních metod. Česká republika se zařadila nízkou úrovní umělé potratovosti mezi ostatní vyspělé evropské země.

- Během sledovaného období došlo ke změně struktury UPT, zejména podle rodinného stavu ženy. Na počátku období podstupovaly interrupce zejména vdané ženy, které již dosáhly plánovaného počtu dětí (Kocourková a Fait 2011). V současnosti častěji podstupují interrupce svobodné ženy.
- Vyšší věk těhotné ženy je jedním ze základních rizikových faktorů zvyšující pravděpodobnost komplikací během těhotenství (Rai a Regan 2006), respektive zvyšující pravděpodobnost potratu (samovolného i indukovaného potratu ze zdravotních důvodů). Vyšší věk ženy, ale také počet předchozích samovolných potratů ženy má vliv na šanci, že žena podstoupí interrupci ze zdravotních důvodů.

1.2 Struktura práce

Tato bakalářská práce by se dala rozdělit do dvou částí, na teoretickou část a analýzu dat. Teoretická část obsahuje úvod do problematiky umělého přerušení těhotenství, a dále pak vymezení definice interrupce a rozdělení z hlediska způsobu jejího provedení. Třetí kapitola se věnuje jednotlivým faktorům, které mají vliv na výsledné trendy a strukturu umělého přerušení těhotenství.

Ve druhé části, která se věnuje analýze dat, jsou analyzována data Českého statistického úřadu pomocí demografických metod, zejména indexu umělé potratovosti a obecné, respektive úhrnné míry potratovosti. Dále jsou analyzována individuální anonymizovaná data souboru potraty Českého statistického úřadu z roku 2018 pomocí binární logistické regrese. Poslední kapitola se věnuje shrnutí poznatků a závěrům této bakalářské práce.

Kapitola 2

Interrupce

Haškovcová (2002, str. 113) definuje interrupci jako „ukončení těhotenství před dosažením životaschopnosti plodu, tj. schopnosti nezávislého mimoděložního života“. Kobilková (2005, str. 295) pak definuje umělé přerušování těhotenství jako „násilné přerušování těhotenství (*interruptio graviditatis*)“. Dle platné definice, která vychází ze Závazných pokynů Národního zdravotnického informačního systému se pak potratem mimo jiné rozumí „též ukončení mimoděložního těhotenství anebo umělé přerušování těhotenství provedené podle zvláštních předpisů (Zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství. Vyhláška MZ ČSR č. 75/1986 Sb., kterou se provádí zákon ČNR č. 66/1986 Sb., o umělém přerušování těhotenství)“ (ÚZIS 2016, s. 6). Slovo interrupce bylo odvozeno z latinského slova interrumpere, které lze přeložit jako přerušování. Zároveň byl z tohoto latinského slova odvozen český výraz umělé přerušování těhotenství (UPT), který byl v 90. letech nahrazen výrazem umělé ukončení těhotenství. Důvodem této změny výrazu bylo slovo „přerušování“, které významově naznačuje skutečnost, kterou lze navrátit do původního stavu (Haškovcová 2002). Lze však používat oba názvy.

2.1 Interrupce podle způsobu provedení

Ústav zdravotnických informací a statistiky (dále ÚZIS) rozlišuje dva druhy umělého přerušování těhotenství podle minimální doby, do které je zákrok možné provést a podle použité metody. Oba druhy umělého přerušování těhotenství se provádí v celkové anestezii.

Miniinterrupce je nutné podstoupit nejpozději do 7. týdne trvání těhotenství v případě prvorodičky a do 8. týdne trvání těhotenství v případě druhorodičky (ÚZIS 2016). Zákrok je proveden pomocí vakuové aspirace, kdy dojde k odsátí plodového vejce z děložní dutiny. Tento zákrok je řazen mezi tzv. one day surgery (jednodenní chirurgie), jelikož pacientka stráví na lůžku poměrně krátkou dobu (4–6 hodin). Obecně se lékaři snaží těhotenství přerušovat v raném stádiu gravidity, jelikož je tato metoda šetrnější a hrozí tak méně komplikací (Kobilková 2005).

Druhý způsob umělého ukončení těhotenství se pak provádí v případech, kdy délka trvání gravidity přesáhla 8 týdnů. Horní hranicí pro provedení umělého ukončení těhotenství jinou metodou, než miniinterrupcí je ukončený 12. týden trvání těhotenství, pro ženy se zdravotními

komplikacemi pak ukončený 24. týden trvání těhotenství. Těhotenství po 3. měsíci je možné ukončit pouze při vážném ohrožení života ženy nebo těžkém poškození plodu (ÚZIS 2016). Hlavní metodou interrupce do 12. týdne těhotenství je kyretáž, při které se po rozšíření hrdla odstraní z dělohy tupou kyretou plodové vejce (Kobilková 2005).

Od roku 2014 je v České republice možné uměle ukončit těhotenství i farmakologickou metodou. Konkrétně se jedná o přípravky obsahující látku mifepriston a misoprostol. Takto je možné ukončit těhotenství do 49. dne po prvním dni poslední menstruace. Farmakologická metoda se provádí ambulantně (ženě nejsou podávána žádná anestetika) a žena po každém podání účinné látky zůstává zhruba 1 hodinu v blízkosti zdravotnického zařízení. Těhotná žena podstupující farmakologické ukončení těhotenství dostává dvě dávky léčiv obsahující účinné látky, a to s minimálním odstupem 36–48 hodin (pokud do tří hodin od podání druhé dávky léčiva nedojde k silnějšímu krvácení z dělohy, je podána další dávka léčiv). V menším množství případů může dojít k tomu, že farmakologická metoda nezapůsobí a žena je nucena podstoupit chirurgickou revizi. Do roku 2018 byl výdej léčiv způsobujících umělé ukončení těhotenství omezen pouze na ta zdravotnická zařízení, která poskytovala lůžkovou péči. V roce 2018 však byla snížena omezení výdeje těchto léčiv, která dnes mohou vydávat i zdravotnická zařízení, která poskytují služby formou jednodenní péče (Lubušký 2018).

Kapitola 3

Faktory ovlivňující úroveň umělé potratovosti

Rozvoj společnosti v minulém století přinesl mnoho změn, které se následně odrazily na podobě reprodukčního chování. Nárůst individualizace, změny hodnotového žebříčku a následné změny životního stylu moderní společnosti, která se stále více zaměřuje na rozvoj a seberealizaci jedince, úzce souvisí s výsledným plánováním rodičovství mladých párů. Zatímco v minulosti byly možnosti plánování rodičovství poměrně omezené, s následným rozvojem moderních antikoncepčních prostředků se toto plánování stalo daleko více efektivním (Kocourková 2009). V kontextu úrovně umělé potratovosti lze pak mluvit o několika faktorech, které se na jejich proměnách podílejí. Dle Čevely (2015, s. 77) se mezi hlavní faktory řadí „*legislativní ustanovení, antikoncepce (dostupnost, rozšíření, metody), společenské klima, individuální vlivy (náboženské přesvědčení, úroveň vzdělání, ekonomická situace, reprodukční zdraví jedince.*“ Právě uvolnění legislativy týkající se UPT po roce 1986 na území dnešní České republiky, rozšíření nových antikoncepčních metod v následujících letech (včetně jejich dostupnosti) a proměny moderní společnosti ke konci 20. století měly na změny úrovně umělé potratovosti zásadní vliv.

3.1 Vývoj legislativy na území ČR

Během 20. století došlo z hlediska vývoje právní ochrany plodu na území České republiky k poměrně velkým změnám. Teprve v roce 1950 byl přijat nový trestní zákon č. 86, který za určitých podmínek explicitně povoloval ženě podstoupit umělé přerušení těhotenství ze zdravotních důvodů. Do této doby platil trestní zákon z roku 1852 č. 117, který považoval za trestné jakékoliv usmrcení (vyhnání) plodu z těla těhotné ženy, přestože se toto přísné ustanovení snažila ve 20. a 30. letech umírnit judikatura, která brala v potaz zdraví a vážné ohrožení života těhotné ženy (Kühn 1998). Větším mezníkem vývoje právní ochrany plodu byl však rok 1957, kdy byl přijat zákon č. 68 o umělém přerušení těhotenství, který poprvé umožnil podstoupení UPT z jiných než zdravotních důvodů.

Z úvodního ustanovení zákona č. 68 z roku 1957 vyplývá, že tento zákon byl vytvořen v reakci na dlouhodobý problém ilegálních UPT, které byly velmi často prováděny mimo zdravotnická zařízení. Nový zákon měl tedy podpořit zdravý vývoj rodiny, který byl do té doby ohrožen zdravotními důsledky špatně provedeného zákroku často nekompetentními osobami

(Kühn 1998). Zákon č. 68/1957 Sb. stanovoval podmínky umělého přerušení těhotenství, které mohlo být provedeno pouze ve zdravotnickém zařízení. Předpokladem pro přerušení těhotenství byl souhlas těhotné ženy či jejího zástupce a následné povolení, které udělovala interrupční komise. Toto povolení bylo udělováno pouze ze zdravotních důvodů či jiných důvodů zvláštního zřetele (sociální důvody). Vyhláška Ministerstva zdravotnictví (č. 249/1957 Ú.I.) z roku 1957, která stávající zákon o umělém přerušení těhotenství prováděla, tyto důvody dále specifikovala. Mezi jiné důvody zvláštního zřetele patřil pokročilý věk ženy, vyšší počet dětí, ztráta manžela či jeho invalidita, rozvrat rodiny, převaha hospodářské odpovědnosti ženy za výživu v rodině, rodinný stav těhotné ženy (pokud se jednalo o ženu svobodnou) či těhotenství, které bylo výsledkem trestné činnosti (jednalo se především o znásilnění). Během následujících let vyšly v platnost další vyhlášky Ministerstva zdravotnictví či nařízení vlády, které upravovaly nebo doplňovaly ty předešlé. V roce 1960 bylo vyhláškou (129/1960 Sb.) doplněno minimální množství dětí, která žena musí mít, aby jí bylo vydáno povolení k podstoupení UPT z důvodu většího množství dětí (pozměněno na 3 a více žijících dětí). V roce 1973 byl vyhláškou (71/1973 Sb.) upřesněn pokročilý věk ženy na 40 a více let, na základě něhož, mohla být podána žádost o UPT. Dále byla mezi důvody zvláštního zřetele doplněna bytová či finanční tíseň vážně ohrožující životní úroveň rodiny, obzvláště nezletilých dětí. Vyhláškou v roce 1980 (80/1980 Sb.) bylo umožněno podstoupit UPT již po 6 měsících po posledním zákroku.

Naprosto zásadním milníkem ve vývoji právní ochrany plodu byl však rok 1986, ve kterém byl přijat nový zákon o umělém přerušení těhotenství, který byl uveden v platnost 1. 1. 1987 a je platný dodnes. Zavedením tohoto zákona (66/1986 Sb.) byly zrušeny interrupční komise a podstoupit UPT je možné na žádost těhotné ženy, za předpokladu, že těhotenství nepřesáhlo 12 týdnů a zmíněnému zákroku nebrání zdravotní důvody dotýčné ženy. Nechtěnému těhotenství se pak má zabránit skrze výchovu k odpovědnému a plánovanému rodičovství, kterou má zajistit rodina, škola a zdravotnická zařízení a dále pak využíváním prostředků k zabránění nechtěnému otěhotnění. V případě, že je žádost o umělé přerušení těhotenství podána nezletilou dívkou, je k zákroku nutný souhlas zákonného zástupce (do 16 let), případně musí být zákonný zástupce alespoň vyrozuměn zdravotnickým zařízením (16–18 let).

Tato nová legislativa byla přijata i z toho důvodu, že se na konci 70. a počátku 80. let zvedala vlna kritiky na praktiky interrupční komise, které schvalovaly téměř každou žádost o umělé přerušení těhotenství. Zároveň byl tento zákon reakcí na pokrok interrupčních technik, především miniinterrupce, která je jednak šetrnější ke zdraví těhotné ženy a jednak je materiálně i finančně méně nákladná. Miniinterrupci je však možné provést pouze do 8. týdne těhotenství, a tak téměř žádná těhotná žena, které musela čelit zdoluhavému komisionálnímu procesu, neměla šanci tento zákrok podstoupit (Kühn 1998). Zákon 66/1986 Sb. byl prováděn vyhláškou Ministerstva zdravotnictví (75/1986 Sb.) v jehož příloze byl také seznam všech syndromů, nemocí a stavů, které jsou zdravotním důvodem k přerušení těhotenství. Příplatek za ukončení těhotenství z jiných, než zdravotních důvodů byl ve výši 500 Kčs (75/1986 Sb.).

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví (467/1992 Sb.) o zdravotní péči poskytované za úhradu pak s platností od 8. 9. 1992 stanovuje, že ženy podstupující umělé přerušení těhotenství z jiných, než zdravotních důvodů si hradí plnou cenu zákroku, kterou si stanovují samy nemocnice a zdravotnická zařízení. V důsledku této vyhlášky ceny UPT výrazně vzrostly,

což zkomplikovalo situaci pro určitou společenskou vrstvu žen, které si nemohly zákrok dovolit (Dudová 2012). Tato vyhláška tak nepochybně přispěla k poklesu počtu UPT po roce 1992. V současné době se UPT pohybuje od 3000 do 5000 Kč v závislosti na stáří plodu, způsobu provedení, ale i velikosti zařízení, kde je zákrok prováděn. V roce 2003 byl navržen nový zákon ze skupiny konzervativních poslanců, který měl postavit UPT mimo zákon. Osobě, která by provedla interrupci by hrozilo až 5 let odnětí svobody, zatímco žena, která interrupci podstoupila by potrestána nebyla. Přestože byl návrh nového zákona zamítnut v prvním čtení (134 hlasů pro zamítnutí, 23 proti), bylo toto téma velmi diskutováno nejen v parlamentu, ale i v médiích (Dudová 2012). Žádné další pokusy o úpravu stávajícího zákona, platného od roku 1987, se po roce 2003 již neobjevily.

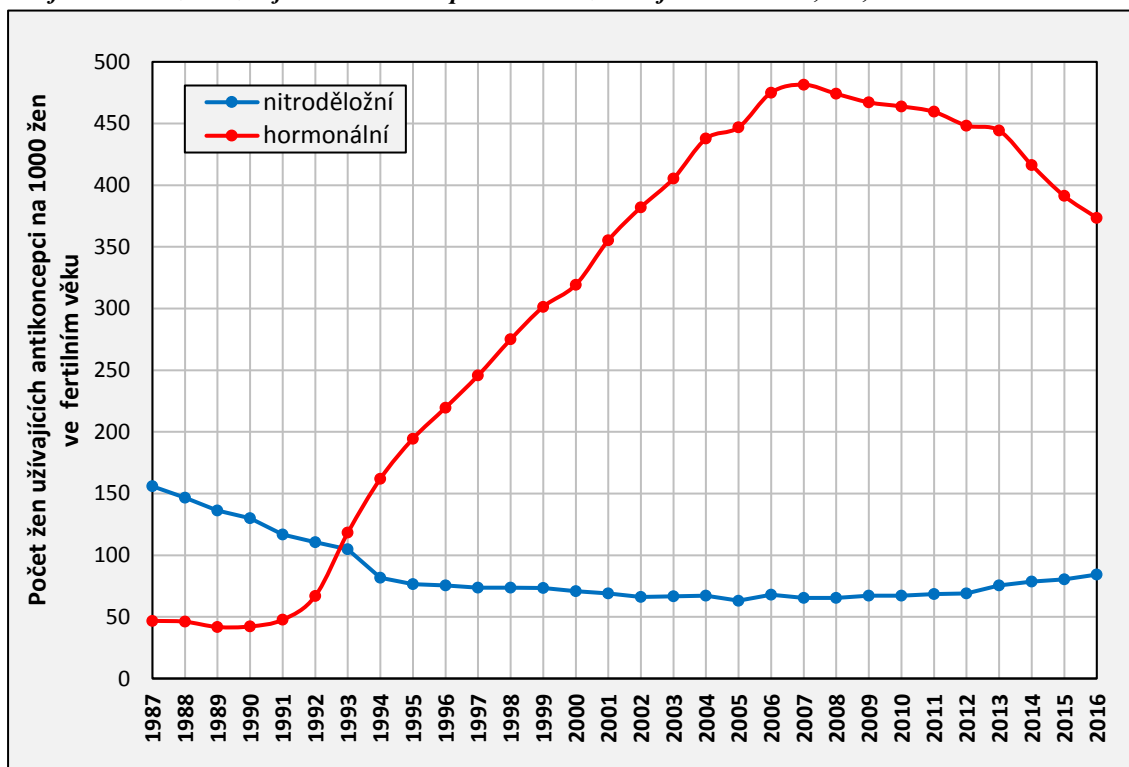
3.2 Antikoncepce

Z hlediska plánování rodičovství došlo během 20. století k poměrně velké proměně. Nárůst významu feminismu a emancipace žen se odrazil na potřebě žen regulovat svoji plodnost a účinně plánovat rodičovství. Tato změna v reprodukčním chování se nevyhnula ani české společnosti, ve které byl od roku 1990 zaznamenán velký posun od řešení nechtěného otěhotnění skrze umělé přerušení těhotenství k prevenci pomocí moderních metod antikoncepce (Sobotka a kol. 2008). Dle Uzla (2002) je tendence k liberalizaci zákonů o umělém přerušení těhotenství a zároveň pokles počtu interrupcí v důsledku užívání moderních antikoncepčních metod znakem vyspělých států, mezi které se z hlediska reprodukčního a sexuálního chování Česká republika zařadila.

Od roku 1987, kdy byly zrušeny interrupční komise na území České republiky, bylo umožněno ženám podstoupit umělé přerušení těhotenství na žádost ženy. V důsledku toho rapidně vzrostl počet interrupcí a tento nárůst pokračoval až do počátku 90. let. Druhotným důsledkem zrušení interrupčních komisí byl také krátkodobý pokles (do počátku 90. let) podílu žen užívajících hormonální antikoncepci. Došlo také k poklesu užití nitroděložního tělíska (IUD), a tento pokles se zastavil až v posledních letech, přestože bylo od roku 1987 taktéž uzákoněno, že bude antikoncepce poskytována bezplatně (Kocourková a Fait 2011). Nabízí se otázka, proč v tomto období bezplatnost moderních forem antikoncepce nevedla k navýšení podílu žen, které by ji užívaly a nárůst počtu UPT naopak narůstal. Veřejnost a ani odborníci však nebyli dostatečně informováni o moderních antikoncepčních metodách, zejména o hormonální antikoncepci. Mezi odborníky, ale i mezi potencionálními uživatelkami panoval strach z vedlejších účinků a dlouhodobých dopadů užívání hormonální antikoncepce na zdraví ženy. Navíc nebyla produkce a distribuce nových antikoncepčních prostředků prioritou tehdejší vlády (Kocourková a Fait 2011). Ještě do počátku 90. let byla interrupce vnímána jako běžná forma dodatečného zabránění nechtěného těhotenství, což korespondovalo s nastavením tehdejšího zdravotnického systému, který kladl důraz na léčbu a nikoli na prevenci. Až během 90. let se stala prioritou prevence v podobě užívání moderních antikoncepčních metod a interrupce začala být vnímána pouze jako krajní řešení, což vedlo k poklesu úrovně umělé potratovosti (Sobotka 2002). K zásadnímu zlomu došlo v roce 1993, kdy došlo ke zpoplatnění interrupcí prováděných z jiného než zdravotního důvodu. A přestože byla v tomto roce zpoplatněna i antikoncepce, podíl žen užívajících moderní antikoncepční metody začal narůstat (Kocourková a Fait 2011).

Ještě v roce 1993 byla nejčastější formou antikoncepce přerušovaná soulož a spoléhala na ní zhruba pětina žen. Během 90. let však tradiční metody zabránění otěhotnění, mezi které patří mimo jiné i výpočet plodných dnů přestaly převažovat (Kocourková a Fait 2011). Došlo totiž k rozšiřování moderních metod antikoncepce (především hormonální antikoncepce). Graf č. 1 zobrazuje vývoj užívání moderních metod antikoncepce od roku 1987 do roku 2016. V roce 1987 používalo lékařem předepsanou antikoncepci 52 žen na 1000 žen fertilního věku, v roce 1990 byla tato hodnota ještě nižší, konkrétně 42 žen na 1000 žen fertilního věku. Od tohoto roku však počet žen užívajících moderní metody antikoncepce rostl, a to až do roku 2007, kdy hormonální antikoncepci nebo nitroděložní tělísko užívalo téměř 547 žen na 1000 žen fertilního věku. Od roku 2007 je patrný pokles počtu žen užívajících hormonální antikoncepci. Ta však stále převládá mezi ostatními moderními metodami antikoncepce. V posledních letech je také patrný mírný nárůst počtu žen užívajících nitroděložní tělísko.

Graf 1 – Počet žen užívajících antikoncepci na 1000 žen ve fertilním věku, ČR, 1987–2016



Poznámka: Hodnota za rok 2016 je korigována v důsledku nižší úspěšnosti sběru dat

Zdroj: ÚZIS

Tabulka č. 1 zobrazuje podíl žen užívajících antikoncepci ze souboru žen, které prodělaly samovolný a mimoděložní potrat nebo podstoupily interrupci v roce 2018. Je patrné, že téměř všechny ženy bez ohledu na druh potratu neužívaly antikoncepci. Ani u umělých přerušení těhotenství z hlediska důvodu ukončení těhotenství nepanují příliš velké rozdíly. Dalo by se z toho usuzovat, že v současnosti docela spolehlivě plní moderní antikoncepční prostředky funkci ochrany před nechtěným těhotenstvím. UPT je tedy spíše důsledek neužívání moderních forem antikoncepce než jejich selhání.

Tab. 1 – Podíl žen užívajících antikoncepci podle druhu potratu, ČR, 2018, (%)

Druh potratu	Antikoncepce			
	hormonální	nitroděložní	pesar poševní a cervikální	žádná
Samovolný, mimoděložní	0,4	0,3	0,0	99,2
UPT				
na žádost ženy	1,1	0,1	0,0	98,6
ze zdravotních důvodů	1,1	1,8	0,0	96,9
jiné	2,9	2,9	0,0	94,1

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

3.3 Společenské klima

Ve většině vyspělých zemích je podstoupení UPT legalizováno a přístup k němu má více či méně většina žen. Zásadním faktorem ovlivňujícím úroveň umělé potratovosti se tak stal přístup k moderním metodám antikoncepce a úroveň povědomí o možnostech plánovaného rodičovství. Ve vyspělých státech má k moderním formám antikoncepce přístup téměř každá žena a společnost je o jednotlivých možnostech zabránění otěhotnění poměrně dobře informovaná. V důsledku tohoto poměrně liberálního přístupu k umělým potratům a snadnému přístupu k moderním metodám antikoncepce se na úroveň umělé potratovosti podepisuje i další faktor, konkrétně přístup celé společnosti k této problematice.

3.3.1 Dvě základní strategie přístupu k UPT

Obecně existují dva přístupy k problematice umělého přerušení těhotenství: přístup pro-life (pro život) a pro-choice (pro volbu). Přístup pro-life je založen na přesvědčení, že jakékoli ukončení těhotenství by mělo být považováno za zabití. Zastánci tohoto přístupu považují umělé přerušování těhotenství za nemorální čin, který by měl být společností odsuzován. Lidský život začíná již oplodněním a z toho vyplývá, že by měl mít jistou právní ochranu právě od tohoto okamžiku. Žena by neměla mít právo rozhodovat o životě nenarozeného dítěte, které nemá žádné možnosti, jak se bránit (Haškovcová 2002). V řadách zastánců tohoto přístupu můžeme najít jak extrémisty, kteří se snaží prosadit zákaz interrupcí za každé situace, tak i ty, kteří se snaží najít určitý kompromis. Největší pro-life organizací v České republice je spolek Hnutí pro život ČR. Ten na svých webových stránkách uvádí, že „*usiluje o obnovu společenského respektu ke každému nenarozenému dítěti*“ (Hnutí pro život ČR © 2020). Spolek Hnutí pro život ČR svými aktivitami neusiluje pouze o legislativní změny, ale snaží se změnit přístup celé společnosti k umělým potratům. Mezi jejich aktivity patří pomoc nečekaně těhotným ženám či ženám, které mají po interrupci psychické potíže, a také ženám, které se cítí být k přerušování těhotenství přinucené. V neposlední řadě se pak snaží o obnovu mužské odpovědnosti za ženu a dítě (Hnutí pro život ČR © 2020).

V opozici k přístupu pro-life stojí přístup pro-choice, který ve své argumentaci zdůrazňuje právo ženy rozhodnout o životě nenarozeného dítěte. Žena (společně s partnerem) by sama měla rozhodnout o velikosti své rodiny, tedy konkrétně o počtu svých dětí a době, kdy je žena bude mít. Ani zastánci přístupu pro-choice však nevnímají interrupci jako přirozenou součást života

ženy a umělé přerušení těhotenství by podle nich mělo být vnímáno pouze jako krajní řešení nastalé situace. Důraz by měl být kladen především na šíření osvěty v oblasti prevence nechtěného těhotenství a odpovědného plánování rodičovství (Haškovcová 2002). V České republice je tento přístup zastáván například nevládní organizací s názvem Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu (SPRSV), která je členem mezinárodní organizace International Planned Parenthood Federation. V rámci zásad této organizace se SPRSV snaží o výchovu k plánování rodiny, k partnerským vztahům a k rodinnému životu, tedy i o výchovu sexuální. Zároveň však zdůrazňují právo každého jedince na svobodnou volbu, a v důsledku toho i svobodnou volbu podstoupit umělé přerušení těhotenství (Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu © 2017–2020).

3.3.2 Postoje české společnosti k UPT

Dosavadní výzkumy zabývajících se postoji k umělému přerušení těhotenství ukazují, že Češi se řadí spíše k liberálnímu názorovému směru, a tedy spíše k přístupu pro-choice. V roce 1993 byl proveden „Průzkum reprodukce a zdraví“, jehož součástí byl také průzkum názorů a postojů k případnému omezování umělého přerušení těhotenství. Jeho výsledky ukázaly, že většina žen účastnicích se tohoto výzkumu byla toho názoru, že by se žena měla svobodně rozhodnout, zda interrupci podstoupí, a to z jakéhokoli důvodu. Tento názor byl hojně zastáván i věřícími ženami, hlásících se ke katolické církvi (83 %) či k jiným náboženstvím (72 %) (Goldberg, Kraus, Tomek a Velebil 1994).

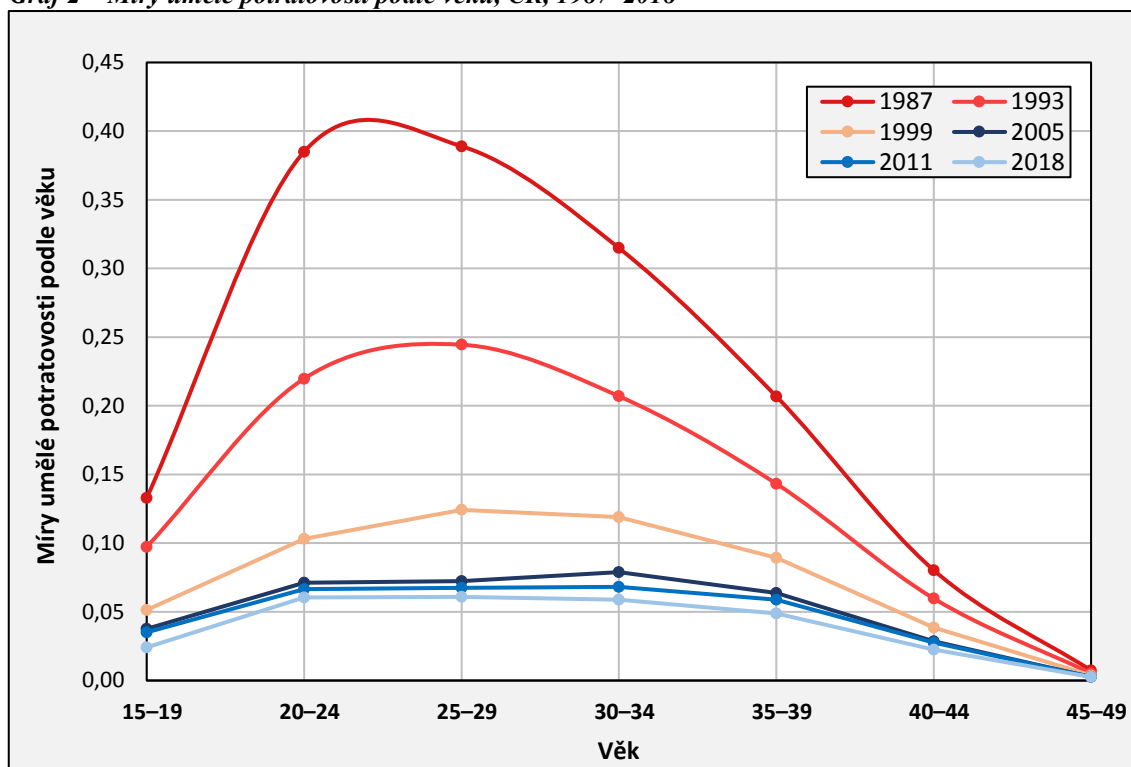
Pravidelnými výzkumnými šetřeními zkoumajících postoje k interrupcím se zabývá Centrum pro výzkum veřejného mínění (CVVM), které pravidelně provádí průzkumy názorů veřejnosti na kontroverzní témata: interrupci, eutanázii a prostituci. Z jejich výzkumných šetření vyplývá, že u většího počtu Čechů převládá názor, že by se žena sama měla rozhodnout, zda UPT podstoupí či ne. V roce 1990 tento názor zastávalo 60 % dotázaných, v roce 2005 již 70 % dotázaných. Z výzkumného šetření z roku 2005 dále vyplývá, že necelá pětina dotázaných byla toho názoru, že by žena měla podstoupit interrupci pouze s přihlédnutím k sociálním či zdravotním faktorům. Pouhá 2 % dotázaných by pak interrupce zakázala úplně (Šamanová 2005). Postoje veřejnosti k umělým potratům byly v následujících letech poměrně stabilní, ustálily se především po roce 2010. Ve výzkumném šetření z roku 2019 se 68 % dotázaných vyslovilo, že by se žena měla o podstoupení interrupce rozhodnout sama, necelá pětina dotázaných pak soudí, že by žena měla podstoupit interrupci pouze ze zdravotních či sociálních důvodů. Pouze 3 % dotázaných by interrupce zcela zakázala (Čadová 2019).

3.4 Individuální vlivy

V neposlední řadě lze mluvit o individuálních faktorech, které mohou mít na úroveň umělé potratovosti také jistý vliv. Mezi takoveto faktory, které mohou ovlivňovat především strukturu žen, které podstupují UPT, lze zařadit věk, vzdělání, rodinný stav, počet narozených dětí či počet předchozích podstoupených interrupcí ženy, ale také například náboženské vyznání. Podrobnější analýze úrovně umělé potratovosti podle výše zmíněných faktorů se věnuji ve čtvrté kapitole této bakalářské práce

Během posledních desetiletí došlo k proměně charakteristik žen, které interrupci podstupují, a to především z hlediska věku a rodinného stavu. Výrazný pokles intenzity umělé potratovosti byl zaznamenán ve všech věkových kategoriích, nicméně v některých věkových kategoriích byl pokles výraznější (Sobotka 2002). V 90. letech byl zaznamenán největší pokles intenzity umělé potratovosti u žen ve věkové kategorii 20–29let, což mělo za následek vyrovnání intenzit umělé potratovosti v celém reprodukčním věku (Kocourková 2008). V posledních deseti letech intenzity umělé potratovosti klesaly jen pozvolna a v současnosti jsou poměrně stabilní. Jak ilustruje graf 2, maximálních hodnot, byť poměrně nízkých, dosahují míry umělé potratovosti u žen ve věku 20–29 let. V důsledku odsouvání mateřství do vyššího věku se také zvýšil průměrný věk žen podstupujících interrupci a to na 29,7 let v roce 2018 (Křesťanová a Kurkin 2019).

Graf 2 – Míry umělé potratovosti podle věku, ČR, 1987–2018



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Během 90. let se začaly vyrovnávat míry umělé potratovosti svobodných a vdaných žen. Jak ilustruje tabulka 2, v roce 1987 byly ženy, které podstoupily interrupci zhruba v 75 % vdané, v 90. letech se začaly míry umělé potratovosti vdaných a svobodných žen vyrovnávat. V současnosti naopak podstupují interrupci spíše ženy svobodné a v roce 2018 tvořil podíl umělých potratů vdaných žen pouze 30,7 %. V 90. letech podstupovaly interrupci nejčastěji ženy se dvěma dětmi (Kocourková 2008). V současnosti je tomu tak u vdaných žen, kdy v roce 2018 tvořil podíl podstupovaných interrupcí ženou se dvěma živě narozenými dětmi 48,9 % ze všech vdaných žen a také u rozvedených, ovdovělých a družek (43,6 % v roce 2018). Mezi svobodnými ženami naopak nejčastěji podstupují interrupci bezdětné ženy (v roce 2018 to bylo 42,5 % UPT ze všech svobodných žen).

Tab. 2 – Struktura UPT podle rodinného stavu a počtu dětí ženy, ČR, 1987, 2003 a 2018, (%)

Počet dětí	Svobodné			Vdané			Rozvedené, ovdovělé, družky		
	1987	2003	2018	1987	2003	2018	1987	2003	2018
Celkem	15,5	37,2	59,7	75,4	49,3	30,7	9,2	13,5	9,6
0	79,5	62,4	42,5	1,4	4,8	9,4	3,0	3,8	6,2
1	13,3	23,0	27,8	21,4	25,2	22,8	32,5	33,0	24,9
2	5,0	10,0	20,6	57,1	53,2	48,9	45,8	43,3	43,6
3	1,5	2,9	5,8	16,8	12,9	14,1	14,4	15,1	16,8
4+	0,7	1,8	3,3	3,4	3,8	4,6	4,4	4,8	8,2

Poznámka: Kategorie nezjištěno byla proporcionálně rozdělena mezi ostatní kategorie; v případě kategorie celkem představuje 100 % řádkový součet v příslušném kalendářním roce; sloupcová procenta jsou v případě struktury podle počtu dětí.

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Dále lze porovnávat úroveň umělé potratovosti dle nejvyššího dosaženého vzdělání ženy podstupující UPT. Ta je silně ovlivněna rozložením žen podle vzdělání v populaci. Tabulka 3 ilustruje strukturu UPT podle nejvyššího dosaženého vzdělání za vybrané roky v období 1987–2018. Po celé sledované období převládá nejvyšší podíl UPT u středoškolaček, nejnižší podíl interrupcí je pak u vysokoškolaček. Podíl UPT u žen s nejvyšším dosaženým základním vzděláním ve sledovaném období klesl zhruba o deset procentních bodů, naopak podíl UPT vysokoškolaček v posledních letech rostl. Statistiku interrupcí komplikuje rostoucí podíl žen, u kterých nebylo zjištěno nejvyšší dosažené vzdělání (v roce 2018 to bylo 13,2 %). Pokud se zaměříme na konkrétní vzdělanostní skupiny zjistíme, že mezi nimi v rámci procentuálního zastoupení jednotlivých druhů potratu panují značné rozdíly. Například u žen se základním či neukončeným vzděláním značně převažovaly interrupce, které tvořily 76,1 % ze všech evidovaných potratů v této skupině v roce 2016. Naopak u vysokoškolaček tvořil podíl interrupcí ze všech evidovaných potratů „pouze“ 45,2 %, tedy převažují spíše samovolné potraty či indukované potraty v důsledku mimoděložního těhotenství (ÚZIS 2016).

Tab. 3 – Struktura UPT podle nejvyššího dosaženého vzdělání, ČR, 1987–2018, (%)

Vzdělání	1987	1993	1999	2005	2011	2018
Základní + neukončené	31,7	21,8	22,2	23,5	21,5	19,4
Střední bez maturity	28,7	36,0	38,0	34,6	29,8	20,7
Střední s maturitou	33,7	36,2	33,5	34,0	34,6	32,7
Vysokoškolské	5,9	6,0	5,8	6,1	8,5	14,0
Nezjištěno	0,0	0,0	0,6	1,8	5,6	13,2
Celkem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Kapitola 4

Analýza úrovně umělé potratovosti v České republice po roce 1986

Během třiceti let došlo v důsledku legislativních změn, ale zároveň i změn životního stylu a hodnotového žebříčku české společnosti ke změně trendů a struktur umělé potratovosti. Úroveň umělé potratovosti v České republice během sledovaného období klesla na takovou hodnotu, že se dnes Česká republika řadí mezi země s nízkou úrovní umělé potratovosti. Změnou prošla také charakteristika žen podstupujících interrupce. Zatímco na počátku sledovaného období podstupovaly UPT spíše vdané ženy, které již dosáhly plánovaného počtu dětí, v současnosti častěji volí interrupci ženy svobodné. Ke změnám došlo i u charakteristik žen z hlediska věku, vzdělání a regionu.

Český statistický úřad (ČSÚ) pravidelně poskytuje data o potratech v demografických ročenkách a demografických příručkách. Tato data pořizuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), který je předává ČSÚ. Vzhledem k některým historickým rozdílům ve způsobu třídění dat ČSÚ a ÚZIS, vycházím v práci pouze z dat ČSÚ. Poskytnutá data lze analyzovat pomocí různých demografických metod. V této bakalářské práci jsou použity ukazatele míry potratovosti a index potratovosti (zejména umělé potratovosti), také specificky podle věku a dalších diferenčních znaků.

Umělá přerušení těhotenství jsou veškeré interrupce provedené na základě písemné žádosti ženy (spadají sem miniinterrupce a interrupce po 8. týdnu těhotenství). Do roku 1991 jsou mezi UPT zahrnuta i mimoděložní těhotenství, od roku 1992 jsou zahrnuta do kategorie ostatních potratů. Do roku 1992 jsou analyzována data pouze za Českou republiku, nikoli za celé Československo.

4.1 Zdroje dat

Povinnému hlášení podléhají všechny druhy potratů (samovolné, UPT, ostatní potraty), které jsou provedené v zařízení poskytovatelů lůžkové péče v České republice (včetně těch potratů mimo lůžkové zařízení, které jsou zde následně ošetřeny) (ÚZIS 2016). Veškeré legální potraty jsou hlášeny jak u občanek s trvalým bydlištěm v České republice, tak u cizinek bez ohledu na formu

a délku pobytu na území ČR. Shromažďováním a zpracováním údajů o potratech v rámci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) je pověřen Ústav zdravotnické a informační statistiky ČR (ÚZIS ČR). Data o potratech jsou získávána skrze formulář „Žádost o umělé přerušení těhotenství (UPT), hlášení potratu a mimoděložního těhotenství“. Osobní a další údaje jsou dle platné legislativy předávány do Národního registru reprodukčního zdraví – potratů (Národní registr potratů), ÚZIS ČR pak na základě dat z Národního registru potratů vydává publikaci Potraty (ÚZIS 2016). Dále pak čtvrtletně poskytuje soubor o potratech Českému statistickému úřadu pro potřeby demografické statistiky (ÚZIS 2016). Data o potratech vydává ČSÚ v publikacích Demografická ročenka (dříve Pohyb obyvatelstva) a Demografická příručka. Z těchto publikací vycházím při analýze vývoje úrovně umělé potratovosti v České republice po roce 1986. Analýza anonymizovaných individuálních dat v následující kapitole pak vychází z dat Národního registru potratů, poskytnutých Ústavem zdraví a informační statistiky ČR Českému statistickému úřadu.

4.2 Ukazatele potratovosti

K hlubší analýze potratovosti lze metodicky přistupovat dvěma způsoby – analyzovat potratovost jako proces úmrtnosti nebo jako proces porodnosti. V prvním případě obvykle studujeme samovolnou potratovost a vztahujeme soubor událostí představující samovolné potraty k souboru dožívajících se, kterým je v tomto případě soubor populace těhotných žen. Pokud proces potratovosti analyzujeme jako proces porodnosti, vztahujeme potraty specificky podle druhu k populaci žen v reprodukčním věku nebo k počtu narozených.

Ukazatel index potratovosti (ipo) dává do poměru počty potratů (A), obvykle specificky podle druhu potratu, na 100 narozených (N) či živě narozených dětí (N^v) v příslušném období.

$$ipo = \frac{A}{N^v} * 100$$

$$ipo = \frac{A}{N} * 100$$

Ukazatel obecná míra potratovosti (po) dává do poměru počty potratů specificky podle druhu (A) na 1000 žen v reprodukčním věku 15–49 let (P^ž_{15–49}).

$$po = \frac{A}{P_{15-49}^{\text{ž}}} * 1000$$

Detailnějším ukazatelem jsou míry potratovosti podle věku (po_x), které lze definovat jako poměr počtu potratů (specificky podle kategorie potratu) v daném věku (A_x) na 1000 žen středního stavu tohoto věku (P^ž_x). Tento ukazatel dokáže zachytit rozdíly v intenzitě potratovosti v jednotlivých věkových skupinách.

$$po_x = \frac{A_x}{P_x^z} * 1000$$

Při součtu všech měr potratovosti podle věku a druhu získáme ukazatel úhrnná potratovost (úpo), který lze definovat jako průměrný počet potratů příslušné kategorie připadajících na 1 ženu.

$$\text{úpo} = \sum_{x=15}^{x=49} po_x$$

Lze také specifikovat podle pořadí potratu pro jednotlivé druhy potratu a počítat míry druhé kategorie.

Pokud je cílem našeho zkoumání analýza intenzity potratovosti v závislosti na věku ženy a rozhodování (například zda těhotná žena v daném věku spíše upřednostní interrupci nad narozením dítěte), je vhodnějším ukazatelem index umělé potratovosti podle věku (ipo_x^u). Ten je definován poměrem počtu interrupcí v daném věku (A_x^u) na 100 narozených či živě narozených dětí ženám v tomto věku (N_x, N_x^v). Interrupce jsou tedy vztahovány pouze k ženám, které byly těhotné a nikoli ke všem ženám v daném věku jako je tomu v případě měr potratovosti podle věku.

$$ipo_x^u = \frac{A_x^u}{N_x} * 100$$

Dalším ukazatelem, který lze využít při zkoumání úrovně potratovosti je průměrný věk ženy při potratu (\bar{x}). Ten lze vypočítat jako sumu násobků středu věkového intervalu (x_c) a měr potratovosti podle věku (po_x) k úhrnu měr potratovosti podle věku (po_x), specificky podle druhu potratu.

$$\bar{x} = \frac{\sum(x_c * po_x)}{\sum po_x}$$

(Pavlík, Rychtaříková a Šubrtová, 1986)

Při výpočtu pravděpodobnosti, zda žena podstoupí další interrupci (lze počítat specificky podle druhu potratu) pracujeme s úhrnnou umělou potratovostí podle pořadí UPT. Pravděpodobnost, že žena podstoupí první interrupci (a_0) se pak rovná hodnotě úhrnné umělé potratovosti prvního pořadí (upo_1^u). Pravděpodobnost, že žena podstoupí další interrupci (a_{i+1}^u) se rovná podílu úhrnné umělé potratovosti pořadí $i+1$ a i .

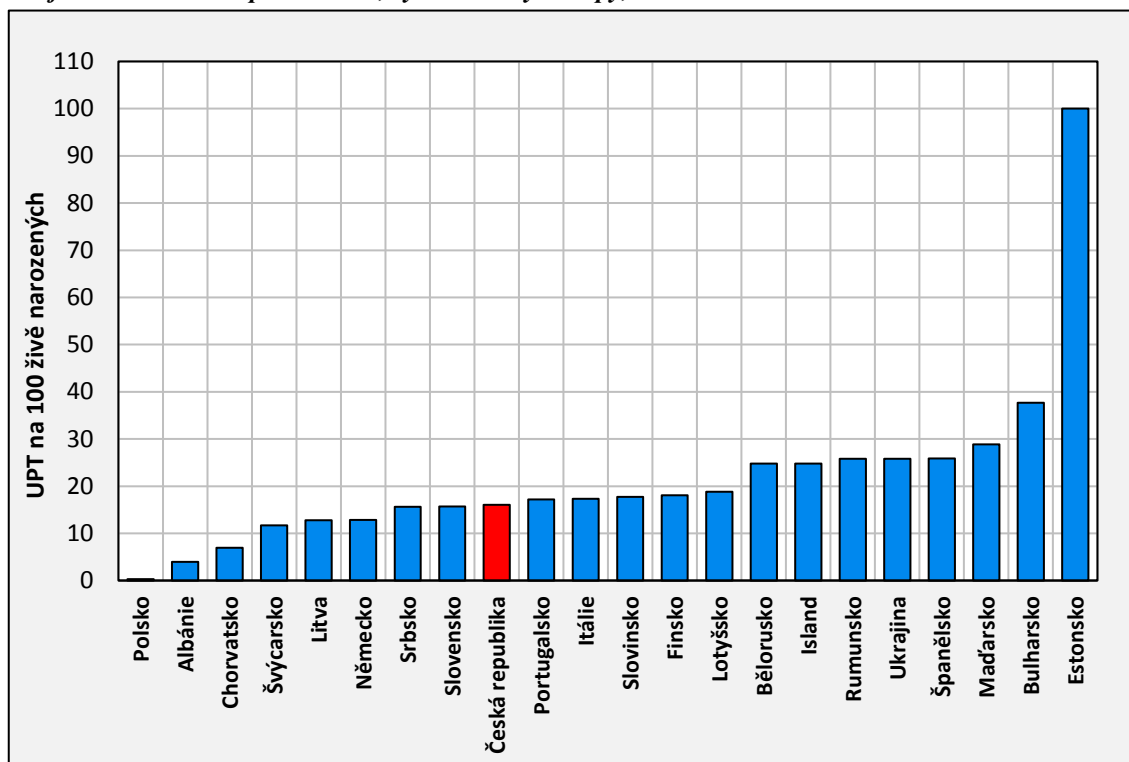
$$a_i^u = \frac{upo_{i+1}^u}{upo_i^u}$$

Všechny zmíněné ukazatele se v praxi počítají, jak již bylo uvedeno, podle druhu potratu. V této bakalářské práci pracuji především s obecnou mírou umělé potratovosti, indexem umělé potratovosti, mírou umělé potratovosti podle věku a průměrným věkem při UPT. Dále lze zmíněné ukazatele využít pro výpočet diferenční potratovosti (respektive umělé potratovosti) podle vzdělání, rodinného stavu, předchozího počtu živě narozených dětí a regionu. Princip konstrukce ukazatelů je stejný, ale výpočet je v rámci zkoumaných diferenčních znaků.

4.3 Mezinárodní srovnání

Srovnání umělé potratovosti na mezinárodní úrovni je poměrně komplikované. Česká republika má velmi kvalitní statistiku potratů a mimo jiné eviduje i miniinterrupce. V mnoha státech Evropy nejsou miniinterrupce vůbec evidovány. V praxi dochází k tomu, že pokud ženě vynechá menstruace, gynekolog provede tzv. regulaci menstruace a nezjišťuje původní příčinu. Nelze tedy zpětně zjistit, zda se jednalo o přerušení těhotenství. V České republice převládají miniinterrupce nad všemi formami UPT a je tedy zřejmé, že pokud nejsou evidovány, má to na mezinárodní srovnání úrovně umělé potratovosti zásadní vliv. (ÚZIS 2016)

Na úroveň umělé potratovosti ostatních evropských států má taktéž vliv legislativní ustanovení, přístup k umělému přerušení těhotenství a moderním metodám antikoncepce. Databáze Eurostatu nemá kompletní data o umělém přerušení těhotenství od všech států Evropy. Graf 3 znázorňuje index umělé potratovosti ve vybraných státech Evropy v roce 2018. Nejnížší počet UPT na 100 živě narozených z vybraných států Evropy má Polsko (0,28), Albánie (3,96) a Chorvatsko (6,98). Naopak nejvyšší počet UPT na 100 živě narozených dětí má Maďarsko (28,82), Bulharsko (37,68) a Estonsko, které počtem 100 UPT na 100 živě narozených dětí výrazně převyšuje hodnotu indexu umělé potratovosti v ostatních státech.

Graf 3 – Index umělé potratovosti, vybrané státy Evropy, 2018

Poznámka: Index umělé potratovosti v ČR znázorněn červeně

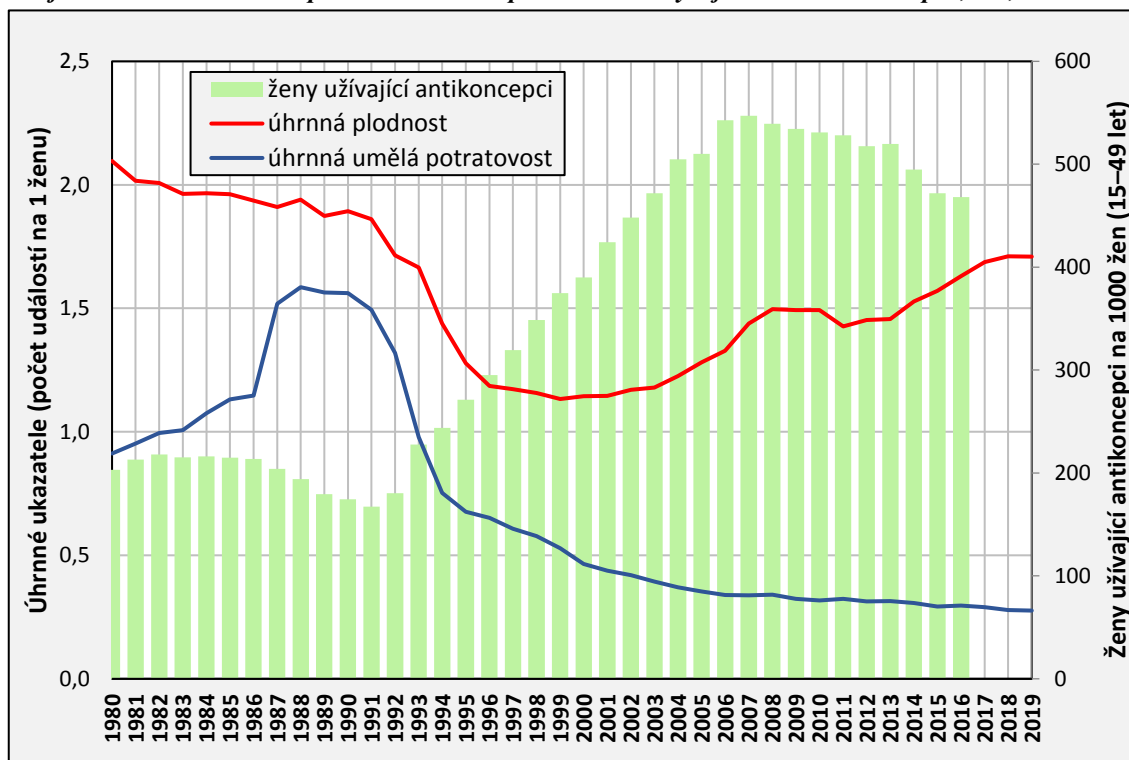
Zdroj: Eurostat a vlastní výpočty

4.4 Vývoj úrovně umělé potratovosti v České republice po roce 1986

Vývoj úrovně umělé potratovosti v České republice je ovlivněn především legislativou a povědomím společnosti o moderních metodách antikoncepce společně s veřejným přístupem k nim. Dále, jak bylo řečeno v předchozí kapitole, četnost interrupcí může být ovlivněna postoji veřejnosti k UPT a individuálními vlivy. Do roku 1987 byly veškeré žádosti o UPT posuzovány interrupčními komisemi. Ke konci 70. let a začátku 80. let však byly schvalovány téměř veškeré žádosti, což se projevilo nárůstem úhrnné umělé potratovosti již před rokem 1987, jak ilustruje graf 4, který zobrazuje vývoj úhrnné umělé potratovosti, úhrnné plodnosti a počtu žen užívajících antikoncepci v období od roku 1980 do roku 2019. Po zrušení interrupčních komisí s platností zákona od 1. 1. 1987 mohla podstoupit UPT každá žena, což se projevilo prudkým nárůstem úrovně úhrnné umělé potratovosti v roce 1987. Hladina úhrnné umělé potratovosti rostla do roku 1988, kdy dosáhla svého maxima 1,6 UPT na jednu ženu v reprodukčním období. Během 90. let se začalo rozšiřovat užívání moderních metod antikoncepce a důraz byl kladen především na prevenci nechtěných otěhotnění, což se projevilo i ve vývoji křivky úrovně umělé potratovosti po roce 1990, kdy lze sledovat poměrně prudký pokles úrovně úhrnné umělé potratovosti do roku 1994. Do roku 2006 úroveň úhrnné umělé potratovosti ještě klesala poměrně strmě, poté se však pokles zpomalil. V roce 2019 podstoupila žena během svého reprodukčního období průměrně 0,28 UPT.

Zatímco na přelomu 80. a 90. let počet žen užívajících antikoncepci mírně klesal, během 90. let došlo k poměrně prudkému nárůstu počtu žen, užívajících lékařem předepsanou antikoncepci (především hormonální) a tento nárůst přetrval až do roku 2007. Tento rozvoj moderních metod antikoncepce, měl zásadní vliv na pokles úrovně umělé potratovosti ve sledovaném období.

Graf 4 – Úhrnné ukazatele plodnosti a umělé potratovosti a vývoj užívání antikoncepce, ČR, 1980–2019



Poznámka: data týkající se antikoncepce poskytuje ÚZIS pouze do roku 2016

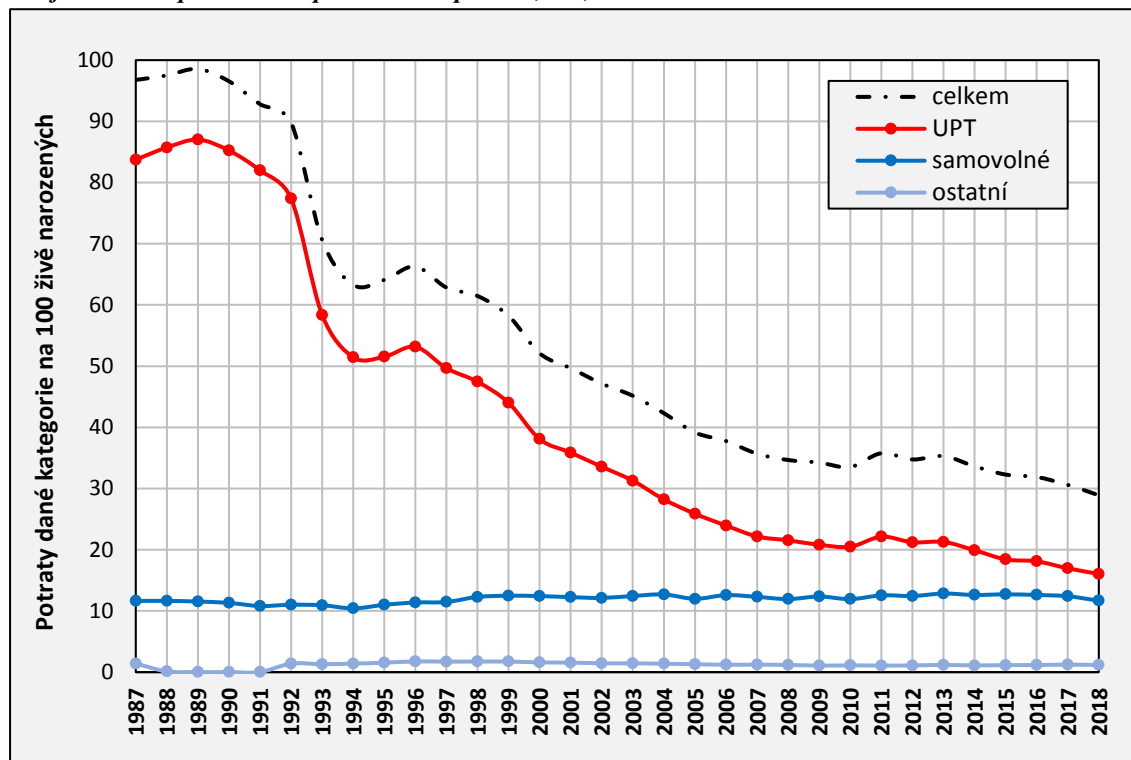
Zdroj: ČSÚ, ÚZIS a vlastní výpočty

Hodnota úhrnné umělé potratovosti ve sledovaném období nikdy nepřesáhla hodnotu úhrnné plodnosti (průměrný počet dětí narozený jedné ženě během jejího reprodukčního období). Nejvíce se k sobě obě křivky přiblížily ke konci 80. a začátku 90. let. Od poloviny 90. let se od sebe obě křivky začaly oddalovat.

4.3.1 Úroveň umělé potratovosti podle druhu potratu

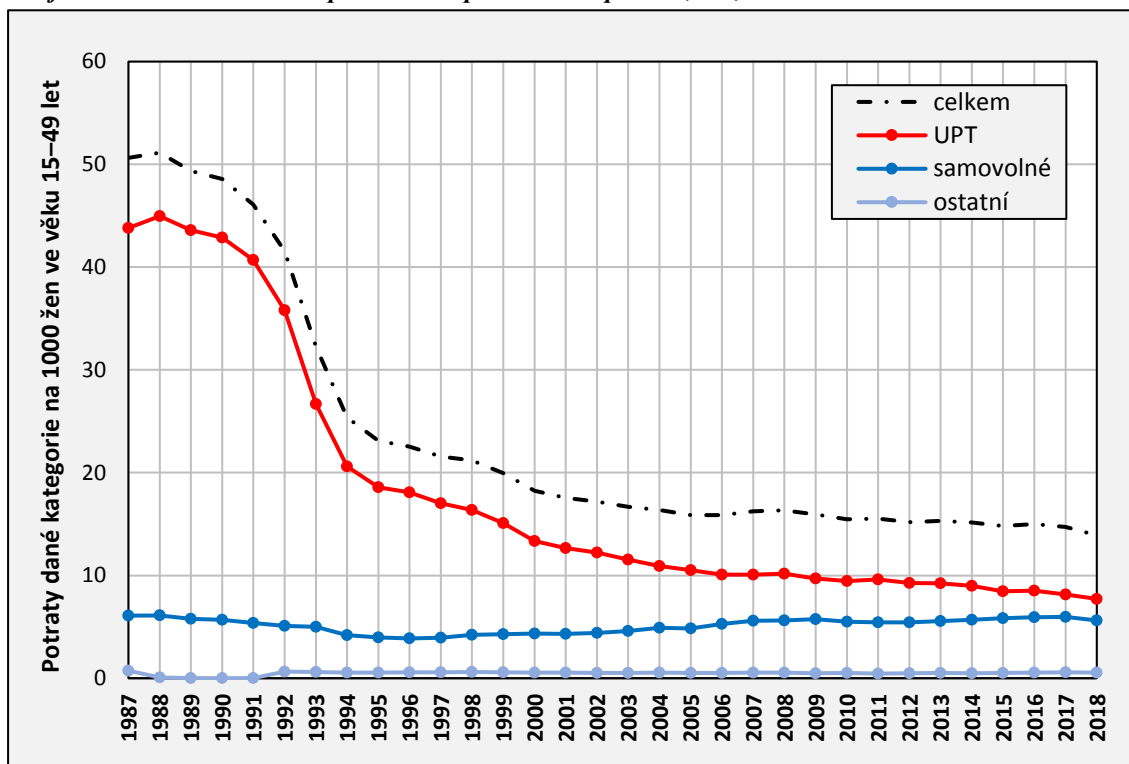
Graf 5 zobrazuje vývoj indexu potratovosti podle druhu potratu. Index umělé potratovosti dosáhl největší hodnoty v roce 1989, konkrétně 87 UPT na 100 živě narozených, od tohoto roku však index umělé potratovosti poměrně prudce klesal a to až do roku 1994. Po tomto roce se pokles na dva roky zastavil, avšak od roku 1997 měla křivka tohoto ukazatele opět klesající tendenci a v roce 2010 zaznamenala hodnotu 20,5 UPT na 100 živě narozených. V roce 2018 byla hodnota indexu umělé potratovosti 16 UPT na 100 živě narozených a 15,8 v roce 2019 (ČSÚ 2020). Hodnota indexu samovolné potratovosti a indexu potratovosti kategorie „ostatní“, do které spadají kriminální potraty a od roku 1992 také ukončení těhotenství v důsledku mimoděložního těhotenství, zůstává ve sledovaném období téměř nezměněna. Křivka indexu celkové potratovosti tak kopíruje trend křivky indexu umělé potratovosti.

Graf 5 – Index potratovosti podle druhu potratu, ČR, 1987–2018



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Téměř stejný klesající trend, který lze spatřit u křivky úhrnné umělé potratovosti a indexu umělé potratovosti, má i křivka zobrazující vývoj obecné míry umělé potratovosti v grafu 6. Na přelomu 80. a 90. let dochází k prudčímu poklesu úrovně obecné míry umělé potratovosti, ale od poloviny 90. let se pokles začíná zpomalovat. Úroveň obecné míry umělé potratovosti klesla z maxima 45 UPT na 1000 žen v reprodukčním věku v roce 1988 na 7,7 UPT na 1000 žen v reprodukčním věku v roce 2018. Úroveň obecné samovolné potratovosti ve sledovaném období nikdy nepřesáhla hodnotu 7 UPT na 1000 žen v reprodukčním věku. Úroveň obecné míry potratovosti kategorie „ostatní“ je po celé sledované období téměř konstantní a nedosahuje ani 1 UPT na 1000 žen v reprodukčním věku.

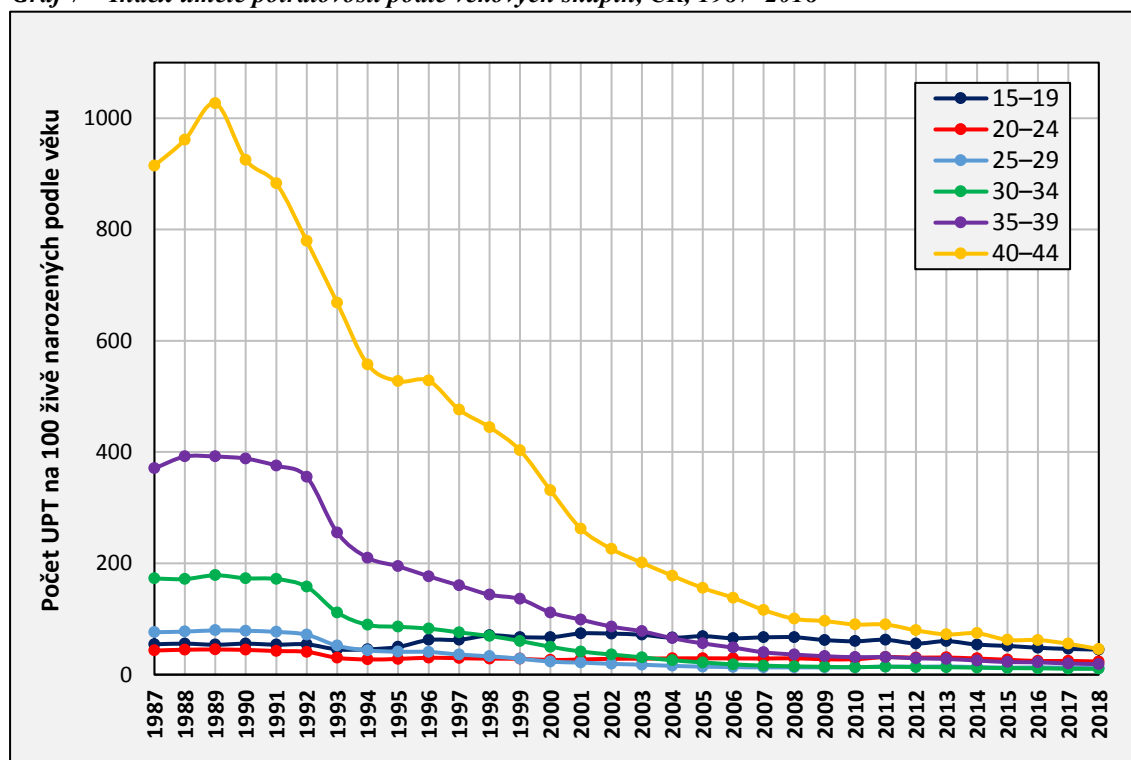
Graf 6 – Obecná míra umělé potratovosti podle druhu potratu, ČR, 1987–2018

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

4.3.2 Úroveň umělé potratovosti podle věku ženy

Úroveň indexu umělé potratovosti i obecné míry umělé potratovosti je ovlivněna věkovou strukturou žen. Graf 7 ilustruje index umělé potratovosti podle věku. Nejvyšších hodnot dosahovala úroveň indexu umělé potratovosti ve věkové skupině 40–44 let a během sledovaného období zaznamenala největší pokles. Konkrétně poklesla z hodnoty 1027 UPT v roce 1989 na 46 UPT na 100 živě narozených v roce 2018. Ženy této věkové skupiny mnohem častěji volí při nechtěném otěhotnění UPT než narození dítěte. Poměrně velký pokles úrovně indexu umělé potratovosti zaznamenala během 90. let i věková skupina 35–39 let. V roce 2018 byla nejnižší hodnota indexu umělé potratovosti ve věku 25–34 let a nejvyšší hodnota ve věkové skupině 40–44 let. Během sledovaného období se velké rozdíly v hodnotách indexu umělé potratovosti ve věkových skupinách neustále snižovaly. Jiný vývoj indexu umělé potratovosti lze spatřit ve věkové skupině 15–19 let, ve které ve druhé polovině 90. let došlo k nárůstu úrovně indexu umělé potratovosti, zatímco v ostatních věkových skupinách byl patrný klesající trend po celé sledované období. Tento trend lze vysvětlit jednak odsunem mateřství do vyššího věku, ale také možnou nedůsledností mladých žen z hlediska prevence nechtěných otěhotnění. Určitou roli v nárůstu indexu umělé potratovosti ve věkové kategorii 15–19 let mohlo taktéž sehrát roli zpoplatnění antikoncepčních prostředků v roce 1993.

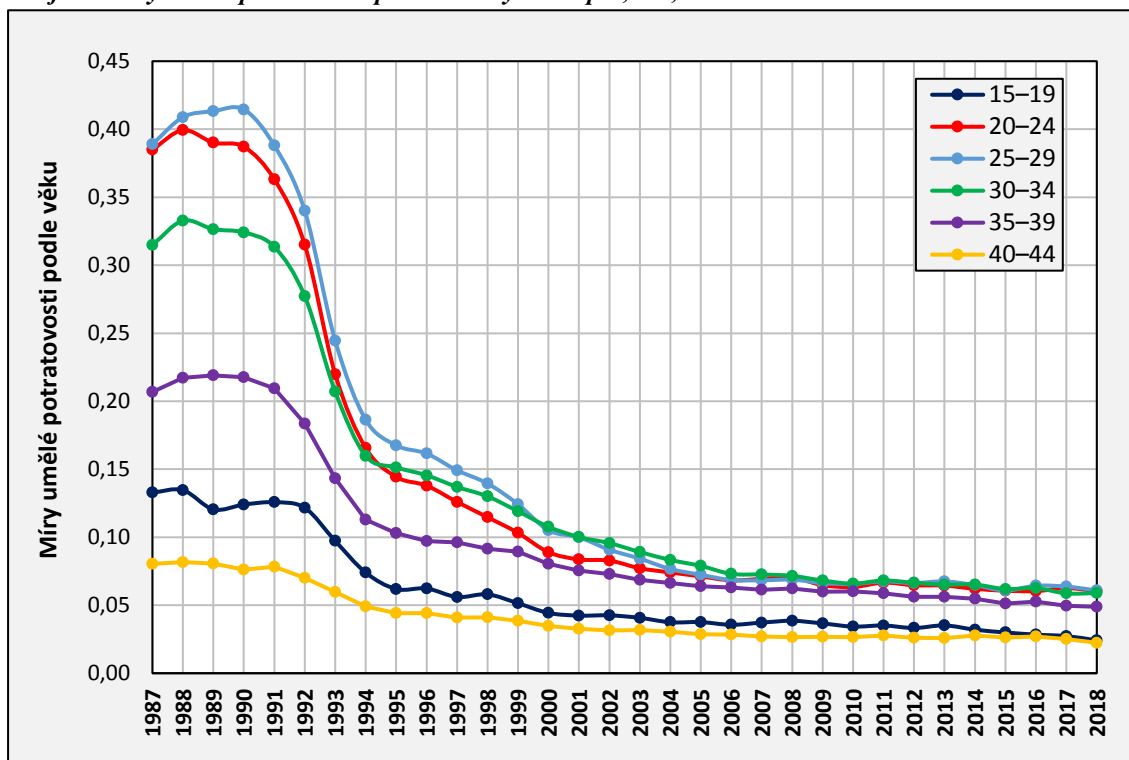
Graf 7 – Index umělé potratovosti podle věkových skupin, ČR, 1987–2018



Poznámka: Není zde zobrazena věková skupina 45–49 let, jelikož nabývá extrémních hodnot z důvodu nízkých četností jednotlivých událostí

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Při porovnání úrovně indexu umělé potratovosti podle věku a měr umělé potratovosti podle věku je patrné, že ačkoli lze sledovat stejný klesající trend, maximální hodnoty jsou dosahovány v jiných věkových skupinách. Míry umělé potratovosti ve věkové skupině 40–44 let dosahují na rozdíl od indexu umělé potratovosti nejnižších hodnot. Tento rozdíl souvisí se jmenovatelem, neboť v případě měr jsou UPT vztahována ke všem ženám daného věku bez ohledu na případné těhotenství. Jak lze vidět v grafu 8, nejvyšších hodnot dosáhly míry umělé potratovosti ve věku 20–29 let (s maximem okolo 0,4 ‰). Během celého sledovaného období došlo, stejně jako u indexu umělé potratovosti, k přibližování hodnot měr umělé potratovosti jednotlivých věkových kategorií. V roce 2018 byly hodnoty měr umělé potratovosti nejvyšší v širší věkové skupině 20–34 let (zhruba 0,06 ‰) a nejnižší naopak ve věkových skupinách 15–19 let a 40–44 let.

Graf 8 – Míry umělé potratovosti podle věkových skupin, ČR, 1987–2018

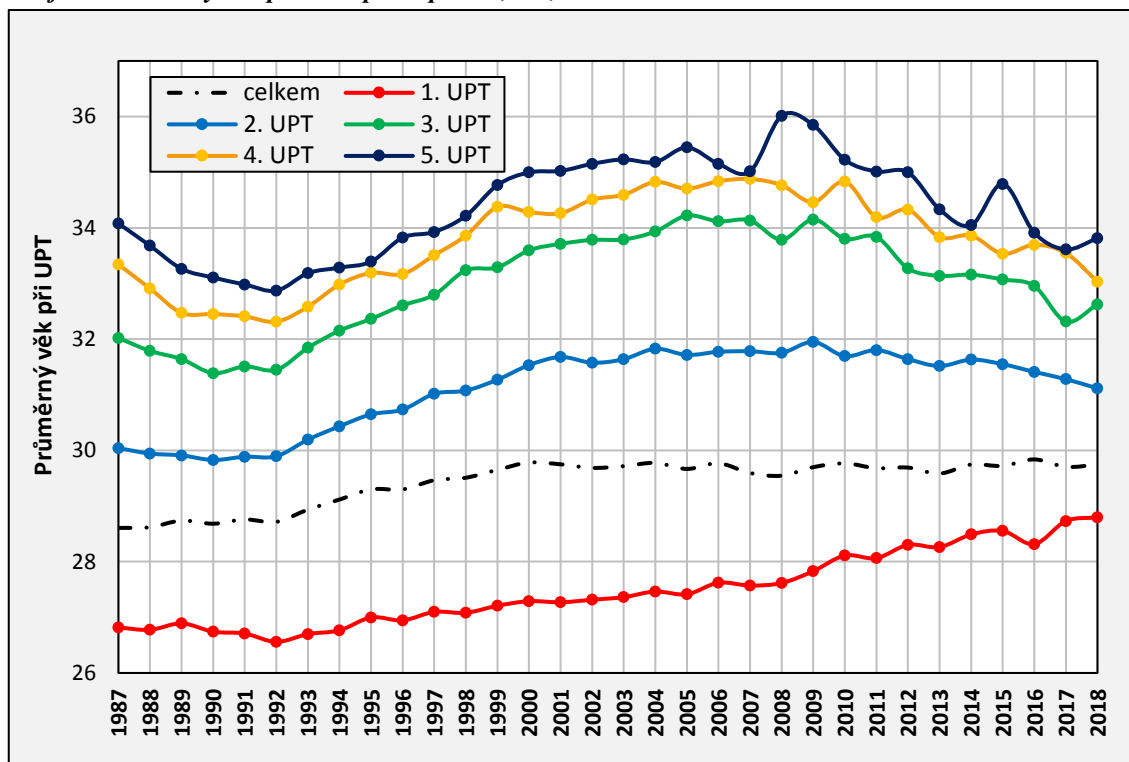
Poznámka: V grafu není zobrazena věková skupina 45–49 let, jelikož nabývá příliš nízkých hodnot.

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

4.3.3 Průměrný věk ženy při UPT

Graf 9 zobrazuje vývoj průměrného věku ženy při UPT a je patrné, že během 90. let došlo k nárůstu průměrného věku žen při UPT ve všech pořadích. Na začátku sledovaného období byl průměrný věk ženy při UPT 28,6 let, v roce 2018 to bylo již 29,7 let. Průměrný věk ženy při prvním UPT rostl po celé sledované období z věku 26,8 let v roce 1987 na věk 28,8 let v roce 2018. Průměrný věk ženy při UPT vyšších pořadí měl poněkud jiný trend na začátku 21. století než při UPT prvního pořadí. Zhruba od roku 2005 lze sledovat jisté kolísání křivek průměrného věku při UPT třetího a vyššího pořadí. Průměrné věky při UPT vyšších pořadí od tohoto roku stagnují a v posledních letech sledovaného období dokonce klesají. Hodnoty průměrného věku při UPT vyšších pořadí se v roce 2018 téměř snížily na hodnoty průměrného věku na začátku sledovaného období. Podobný trend má i křivka průměrného věku při druhém UPT, která od počátku 21. století stagnovala a taktéž v posledních letech klesala. Hodnota průměrného věku při čtvrtém a pátém UPT se v roce 2018 pohybovala okolo věku 33 a 34 let.

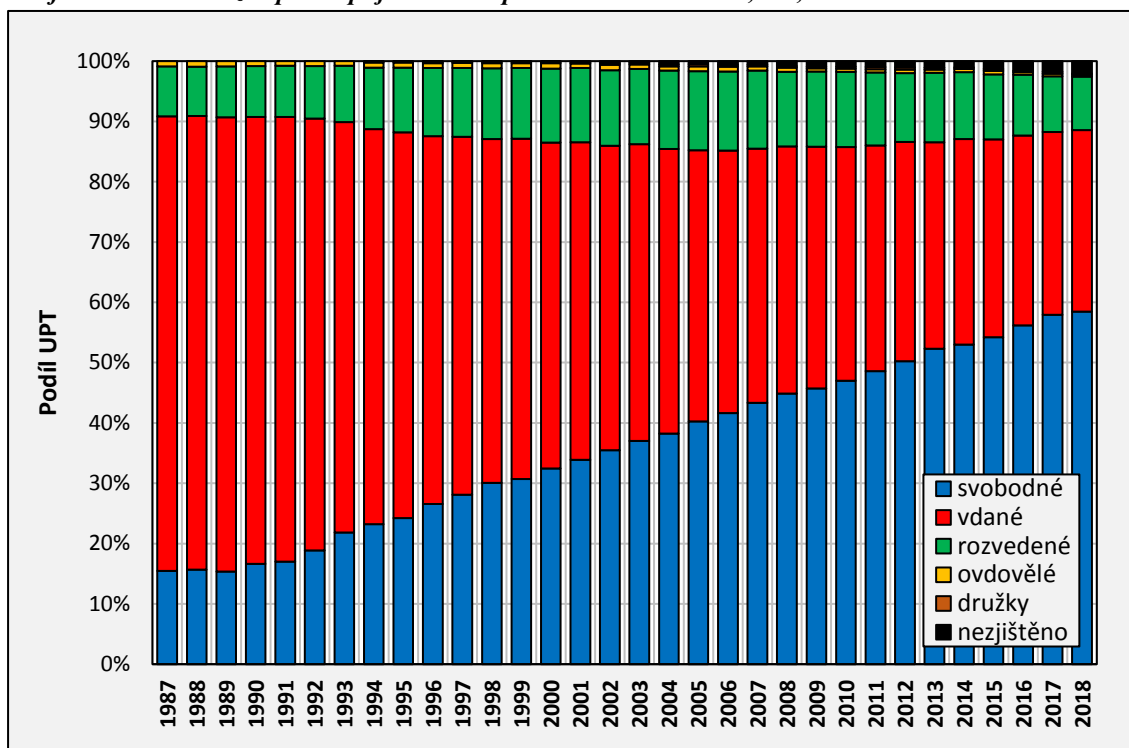
Graf 9 – Průměrný věk při UPT podle pořadí, ČR, 1987–2018



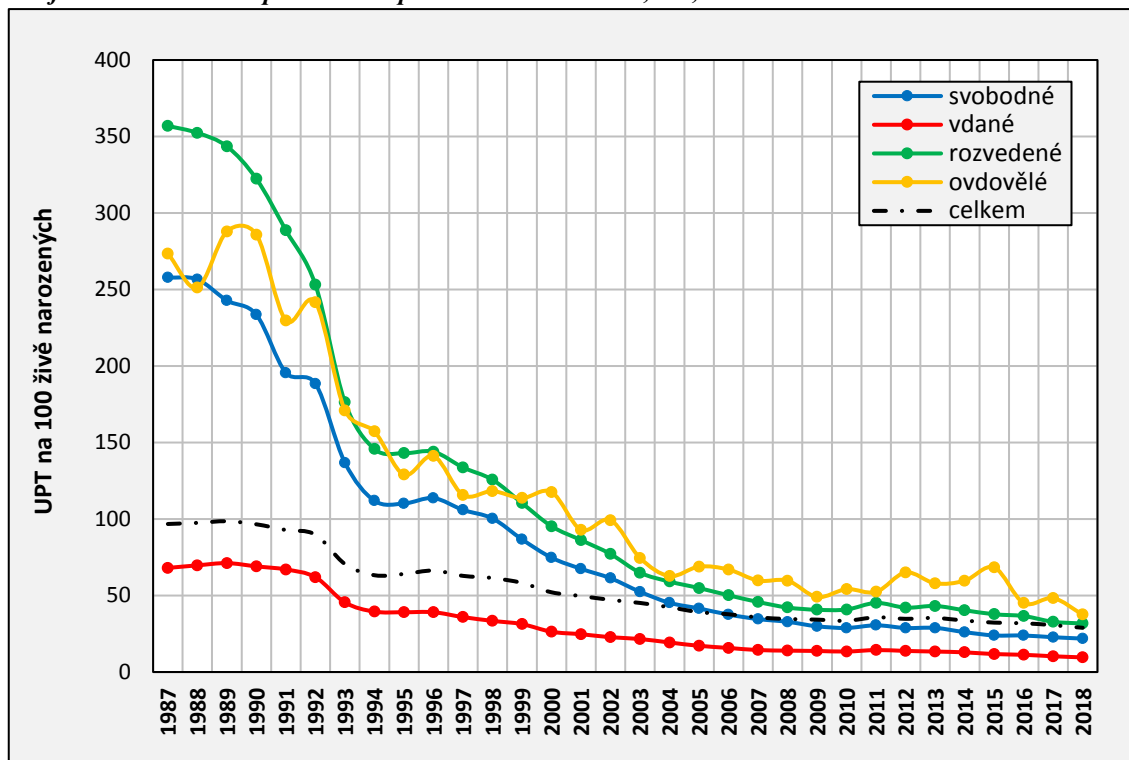
Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

4.3.4 Úroveň umělé potratovosti podle rodinného stavu

Během sledovaného období došlo ke změně struktury umělé potratovosti podle rodinného stavu ženy, které podstupovaly UPT. Jak ilustruje graf 10, na počátku sledovaného období nejčastěji podstupovaly UPT vdané ženy, které tvořily tři čtvrtiny všech žen podstupujících interrupce. Zbylou čtvrtinu tvořily především svobodné (15,5 %) a rozvedené (8,3 %) ženy. Postupně se však podíly vdaných a svobodných žen začaly vyrovnávat a od roku 2007 podstupují interrupce častěji svobodné ženy. V roce 2018 tvořil podíl svobodných žen podstupujících UPT téměř 58 %, zatímco podíl vdaných žen pouze 30 %. Tento trend lze vysvětlit tak, že zatímco na počátku sledovaného období byla interrupce nejčastěji řešením pro vdané ženy, které již dosáhly plánovaného počtu dětí, dnes je UPT nejčastěji řešením nechtěného těhotenství svobodných žen, které odsunují mateřství do vyššího věku. Vliv na strukturu žen podstupujících UPT má zřejmě i proměna rodinných forem soužití, jelikož v současnosti volí partneři často kohabitaci, než vstup do manželství. Podíly rozvedených, ovdovělých žen a družek během sledovaného období nezaznamenaly větší změny.

Graf 10 – Struktura žen podstupujících UPT podle rodinného stavu, ČR, 1987–2018**Zdroj:** ČSÚ a vlastní výpočty

Graf 11 zobrazuje vývoj indexu umělé potratovosti podle rodinného stavu. Nejvyšší index umělé potratovosti byl v roce 1987 zaznamenán u rozvedených žen (375 UPT na 100 živě narozených), nejnižší u vdaných žen (68 UPT na 100 živě narozených). Pokud tehdy vdaná žena nechtěně otěhotněla, častěji volila narození dítěte než podstoupení interrupce. Naopak ženy svobodné, rozvedené a ovdovělé volily raději UPT než narození dítěte mimo manželství. U indexu umělé potratovosti svobodných a rozvedených lze sledovat prudce klesající trend během 90. let a na počátku 21. století. Klesající trend lze sledovat i u ovdovělých žen, křivka však během sledovaného období poměrně hodně kolísala. V roce 2018 klesla úroveň indexu umělé potratovosti vdaných žen na 9,6 UPT na 100 živě narozených.

Graf 11 – Index umělé potratovosti podle rodinného stavu, ČR, 1987–2018

Poznámka: kategorie nezjištěno byla proporcionálně rozdělena mezi ostatní kategorie

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

4.3.5 Úroveň umělé potratovosti podle počtu dětí

V tabulce 4 jsou zobrazeny potratové indexy žen v manželství a mimo manželství, které představují kolik interrupcí podle počtu narozených dětí před interrupcí připadá na 100 žen daného pořadí. Jedním z trendů jsou vdané ženy, které nejčastěji podstupují interrupci ve chvíli, kdy již dosáhly cíleného počtu dětí. Vdané ženy se dvěma a třemi dětmi volily v roce 1987 interrupci až 3,5krát a čtyřikrát častěji než narození dítěte. Do roku 2018 klesly hodnoty potratového indexu vdaných žen se dvěma a třemi dětmi na 37 a 48 UPT na 100 živě narozených dětí třetího a čtvrtého pořadí. Naopak vdané bezdětné ženy po celé sledované období raději volily narození dítěte než UPT. Potratový index nevdaných žen, kam spadají svobodné, rozvedené a ovdovělé ženy byl ve většině případů vyšší než potratový index vdaných žen. Nevdané ženy ještě do 90. let spíše volily interrupci než narození dítěte. Teprve od nového tisíciletí začaly nevdané ženy volit častěji narození dítěte než UPT. V roce 2018 byl potratový index nejvyšší u těch nevdaných žen, které měly dvě nebo tři děti.

Tab. 4 – Potratové indexy podle počtu narozených dětí před interrupcí, ČR, 1987–2018

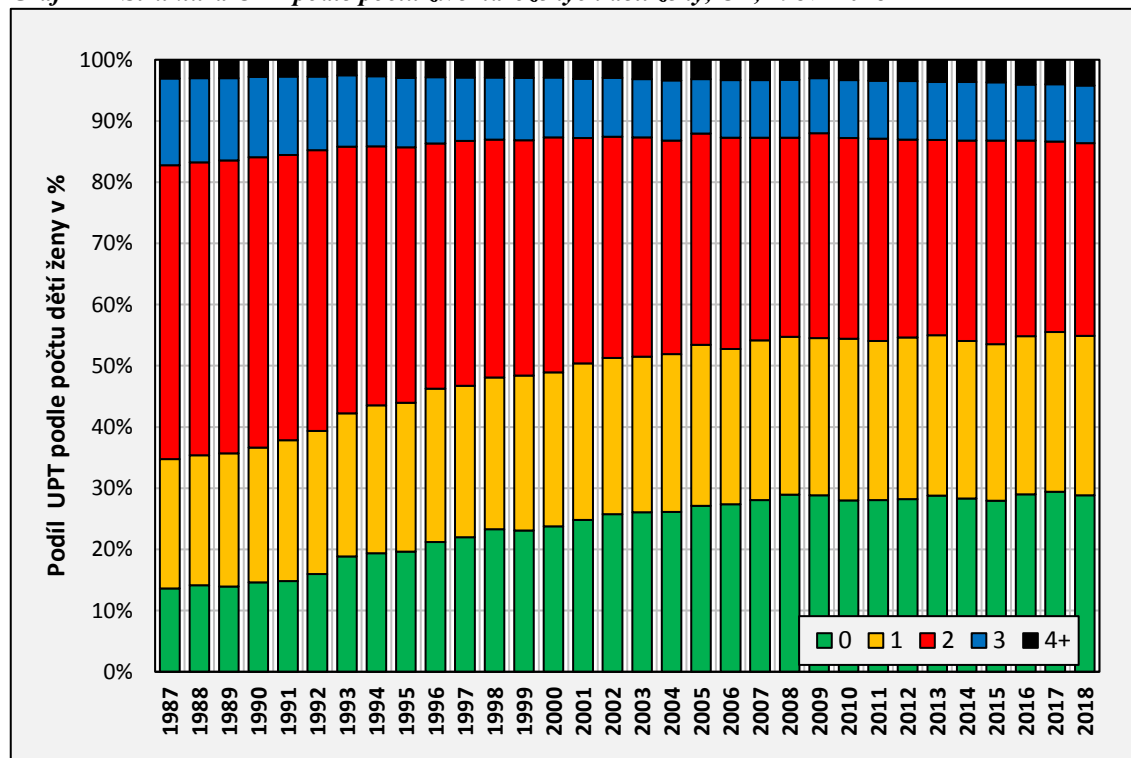
Počet živě narozených před UPT	Vdané ženy				Nevdané ženy				Všechny			
	1987	1997	2007	2018	1987	1997	2007	2018	1987	1997	2007	2018
0	2,0	2,4	2,4	2,2	252,2	97,6	27,0	15,0	24,4	23,1	13,2	9,6
1	37,1	21,7	8,1	4,9	310,8	119,3	38,1	21,1	46,9	32,3	15,3	11,2
2	347,4	197,1	60,6	36,8	433,5	181,6	83,7	67,7	354,7	194,1	67,1	48,6
3	429,1	203,8	77,9	48,1	292,7	145,5	85,5	66,5	408,4	187,2	80,7	56,7
4+	205,4	90,3	33,1	31,8	140,5	72,5	37,4	46,3	190,8	84,4	35,1	40,2
Celkem	68,0	35,9	14,3	9,4	285,1	113,5	37,2	23,1	83,7	49,7	22,2	16,0

Poznámka: Potratový index – počet interrupcí na 100 živě narozených dětí (počet UPT bezdětných žen na 100 živě narozených dětí 1. pořadí, počet UPT žen s 1 dítětem na 100 živě narozených dětí 2. pořadí atd.). Neudáno bylo rozděleno proporcionalně mezi jednotlivé kategorie.

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Struktura žen podstupujících interrupce se během sledovaného období měnila i v závislosti na předchozím počtu živě narozených dětí. Graf 12 ilustruje, že v roce 1987 byl podíl bezdětných žen podstupujících UPT pouze zhruba 14 % a naopak převažovaly ženy, které již živě porodily nejméně jedno dítě. V následujících letech se snižoval podíl žen podstupujících UPT se dvěma živě narozenými dětmi a podíl bezdětných žen se naopak zvyšoval. Během třiceti let narostl podíl bezdětných žen podstupujících UPT na 29 % a podíl žen se dvěma živě narozenými dětmi se snížil ze 48 % v roce 1987 na 31,5 % v roce 2018. Podíl žen s jedním živě narozeným dítětem, které podstoupily interrupci, se během sledovaného období zvýšil téměř o pět procentních bodů, podíl žen se třemi živě narozenými dětmi podstupujících UPT se naopak mírně snížil.

Graf 12 – Struktura UPT podle počtu živě narozených dětí ženy, ČR, 1987–2018

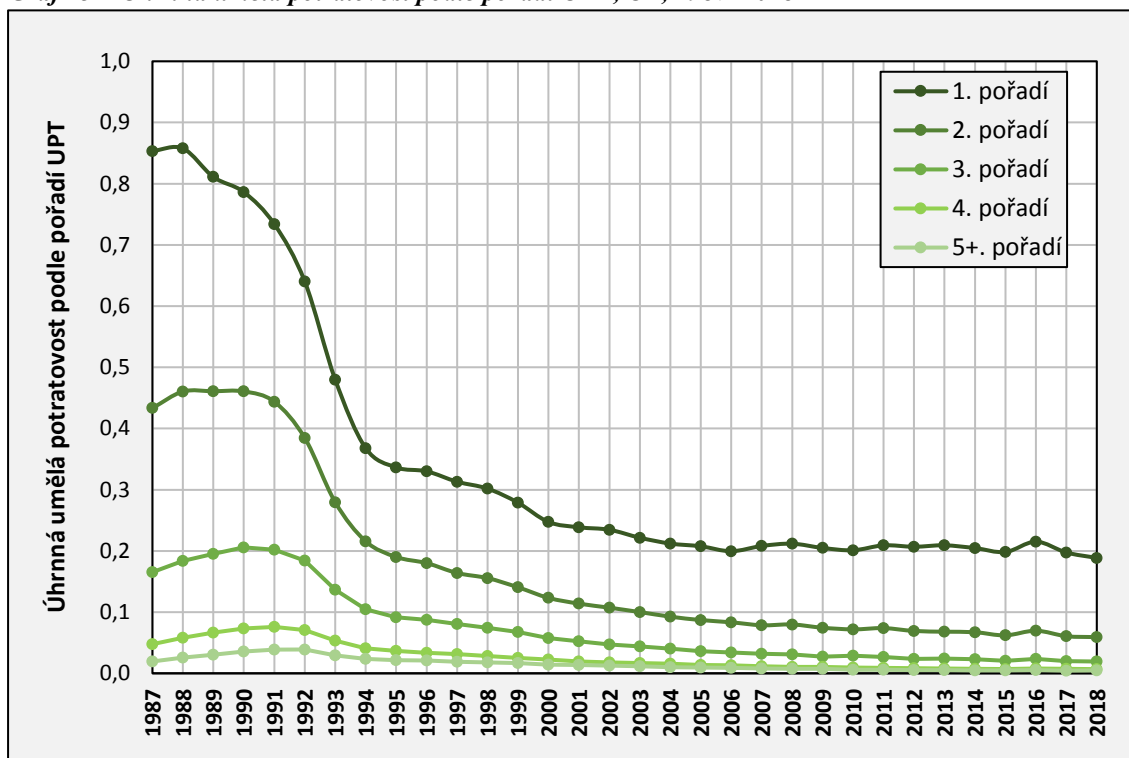


Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

4.3.6 Úroveň umělé potratovosti podle počtu předchozích UPT ženy

Nejvyšší úhrnnou míru umělé potratovosti zaznamenaly UPT prvního pořadí, a to po celé sledované období. Zatímco v roce 1988 prodělala žena během reprodukčního období průměrně 0,86 UPT prvního pořadí, v roce 2018 tato hodnota klesla na 0,19 UPT. Trend úhrnné umělé potratovosti prvního pořadí odpovídá celkovému trendu vývoji umělé potratovosti v České republice. Jak ilustruje graf 13, s počtem podstoupených UPT klesá i hodnota úhrnné umělé potratovosti. Hodnota úhrnné umělé potratovosti druhého pořadí klesla během sledovaného období z maximálních hodnot 0,46 na 0,06 UPT. Hodnoty úhrnné umělé potratovosti čtvrtého a vyššího pořadí UPT nepřekročily za celé období hodnotu 0,1.

Graf 13 – Úhrnná umělá potratovost podle pořadí UPT, ČR, 1987–2018

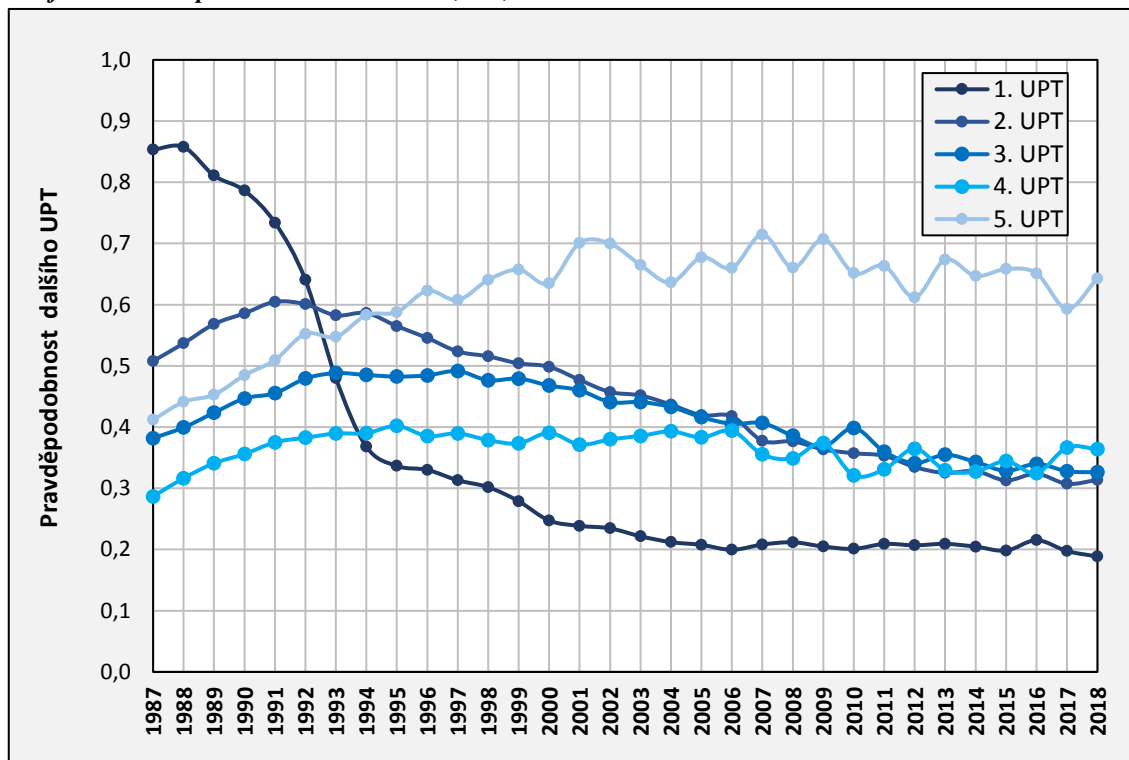


Poznámka: míry druhé kategorie

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Z grafu 14, zobrazujícího vývoj pravděpodobností UPT podle pořadí, je patrné, že křivky pravděpodobností UPT podle pořadí mají během sledovaného období odlišný trend. Pravděpodobnost, že žena podstoupí první interrupci se rovná úhrnné umělé potratovosti prvního pořadí. Společný trend mají pravděpodobnosti UPT 2.–4. pořadí s mírným nárůstem na konci 80. let a na začátku 90. let 20. století. Od 90. let však tyto hodnoty pravděpodobností začínají mírně klesat a v roce 2018 byla pravděpodobnost podstoupení UPT 2.–4. pořadí v rozmezí 0,31–0,36. Pravděpodobnost, že žena podstoupí pátou a vyšší interrupci rostla, byť kolísavě, až do počátku nového tisíciletí, ve kterém má dále poměrně kolísavý trend. Od poloviny 90. let je to právě pravděpodobnost pátého a vyššího pořadí, která nabývá nejvyšších hodnot, a to až do roku 2018, kdy byla pravděpodobnost, že žena podstoupí páté nebo vyšší UPT 0,64. Naopak pravděpodobnost, že žena podstoupí první UPT byla v roce 2018 s hodnotou 0,2 nejnížší.

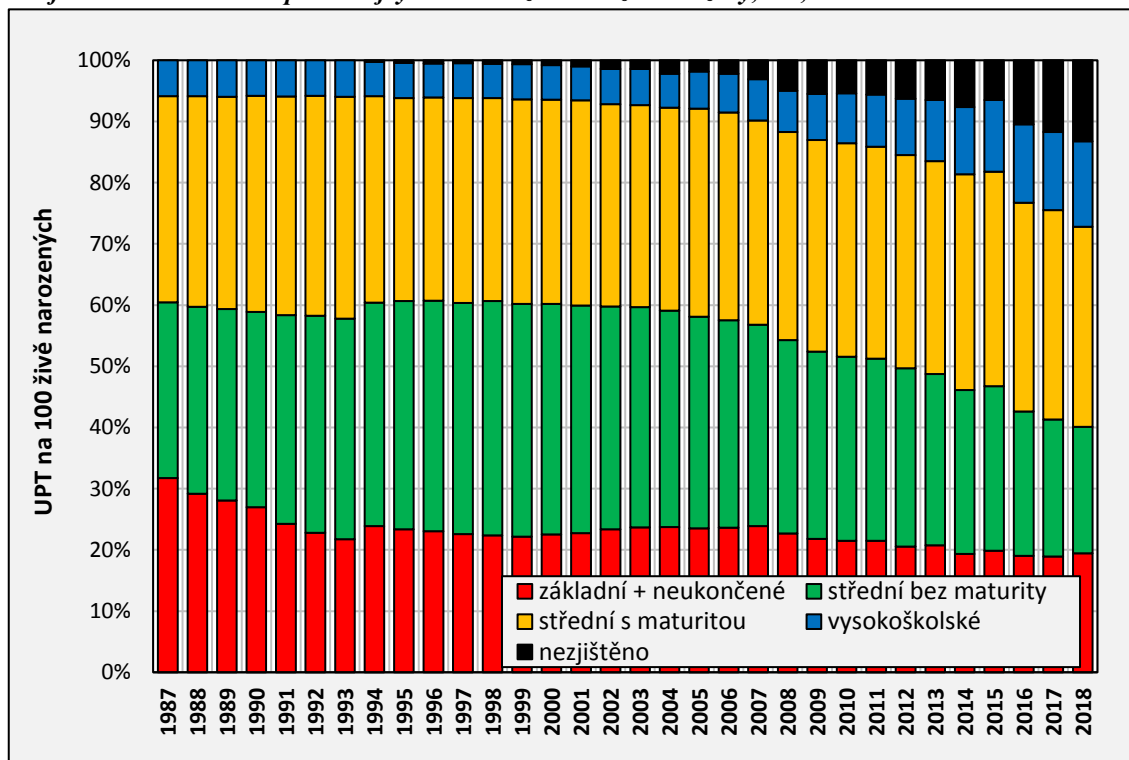
Graf 14 – Pravděpodobnost dalšího UPT, ČR, 1987–2018



Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

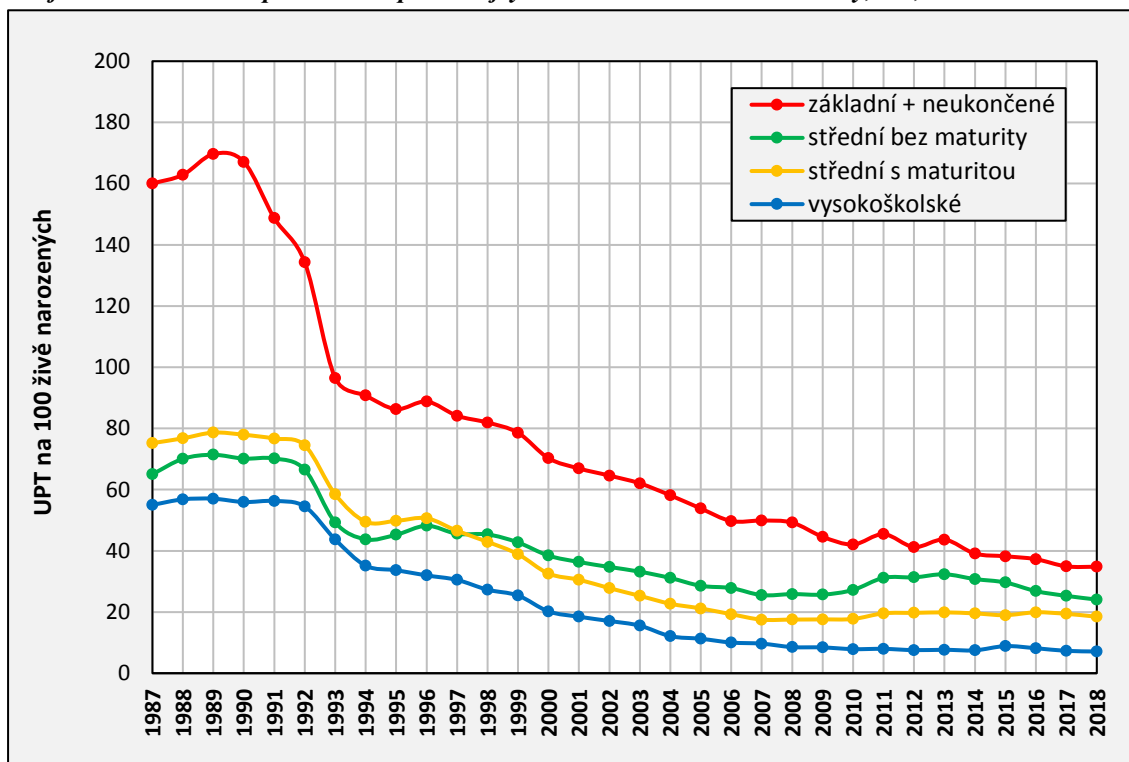
4.3.7 Úroveň umělé potratovosti podle vzdělání ženy

Analýza úrovně umělé potratovosti na základě nejvyššího dosaženého vzdělání je poměrně problematická, jelikož závisí na rozložení žen podle dosaženého vzdělání v populaci. Zároveň analýzu komplikuje nárůst podílu žen, u kterých nebylo nejvyšší dosažené vzdělání zjištěno. Graf 15 ilustruje strukturu žen podstupujících UPT podle vzdělání. Na počátku sledovaného období podstupovaly UPT ve stejné míře ženy se základním (případně neukončeným) vzděláním a ženy se středním vzděláním s maturitou a bez maturity. Naopak nejméně podstupovaly interrupce vysokoškolačky, a to platí po celé sledované období, přestože během třiceti let podíl vysokoškolaček podstupujících interrupce narostl téměř o osm procentních bodů na 14 % v roce 2018. Do roku 2018 klesl podíl žen se základním vzděláním podstupujících UPT ze 31,7 % v roce 1987 na 19,4 %. Na konci 90. let 20. století byl podíl žen podstupujících interrupce se středním vzděláním bez maturity 38 %, ale v dalších letech tento podíl klesal až na 20,7 % v roce 2018. Na konci sledovaného období podstupovaly UPT nejčastěji ženy se středním vzděláním s maturitou (32,7 %). Během sledovaného období se podíl žen se středním vzděláním s maturitou, které podstoupily UPT, téměř neměnil.

Graf 15 – Struktura UPT podle nejvyššího dosaženého vzdělání ženy, ČR, 1987–2018

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Graf 16 zobrazuje vývoj indexu umělé potratovosti podle vzdělání ženy a je patrné, že index umělé potratovosti žen se základním (a neukončeným) vzděláním je odlišný od ostatních vzdělanostních skupin. Po celé období platí, že ženy s nejvyšším dokončeným základním vzděláním častěji volí interrupci než narození dítěte. Index umělé potratovosti žen se základním vzděláním zaznamenal během sledovaného období největší pokles (170 UPT na 100 živě narozených v roce 1989), především na počátku 90. let, ale pokles trval až do konce sledovaného období (35 UPT na 100 živě narozených v roce 2018). Indexy umělé potratovosti ostatních vzdělanostních skupin měly během sledovaného období podobný trend – prudký pokles v první polovině 90. let a zmírnění poklesu v dalších letech. Vysokoškolačky nejčastěji volily narození dítěte než interrupci, v roce 2018 byla hodnota indexu umělé potratovosti u vysokoškolaček pouhých 7 UPT na 100 živě narozených. Indexy umělé potratovosti středoškolaček byly v roce 2018 v rozmezí 19–24 UPT na 100 živě narozených.

Graf 16 – Index umělé potratovosti podle nejvyššího dosaženého vzdělání ženy, ČR, 1987–2018

Poznámka: Neudáno bylo rozděleno proporcionalně mezi jednotlivé kategorie

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

4.3.8 Úroveň umělé potratovosti podle regionu

Přestože se jednotlivé podíly jednotlivých druhů potratů v krajích přibližují hodnotám podílů pro celou Českou republiku, panují napříč Českou republikou rozdíly. Tabulka 5 zobrazuje podíly jednotlivých druhů potratů v krajích ČR. Během sledovaného období klesal podíl UPT ve všech krajích a v důsledku toho narůstal podíl samovolných potratů. V roce 1993 mělo největší podíl UPT Hlavní město Praha (89,2 %), naopak nejnižší podíl UPT byl zaznamenán ve Zlínském kraji (86,2 %) a kraji Vysočina (82,8 %). Do roku 2018 klesly podíly UPT ve všech krajích, stále však převládaly nad ostatními druhy potratů. Nejvyšší podíl UPT byl v roce 2018 v Karlovarské kraji (71,3 %) s rozdílem šestnácti procentních bodů ve srovnání s podílem UPT v celé České republice. Nejnižší podíl UPT byl v roce 2018 ve Zlínském kraji (48,9 %) a kraji Vysočina (50,64 %).

Tab. 5 – Struktura jednotlivých druhů potratů, kraje ČR, 1993, 2005 a 2018, (%)

Kraj	Samovolné			UPT			Ostatní		
	1993	2005	2018	1993	2005	2018	1993	2005	2018
Česká republika	12,3	30,6	40,4	89,2	75,3	55,5	1,6	3,3	4,0
Hlavní město Praha	9,7	22,2	38,8	87,8	67,4	57,1	1,1	2,4	4,0
Středočeský	10,6	28,9	37,1	87,6	68,4	58,3	1,6	3,7	4,6
Jihočeský	11,2	28,6	39,8	85,1	62,9	54,5	1,3	3,0	5,8
Plzeňský	13,0	32,6	46,4	85,7	71,5	51,7	1,9	4,4	2,0
Karlovarský	13,1	25,4	25,4	86,7	65,1	71,3	1,3	3,1	3,3
Ústecký	11,6	31,5	37,2	87,1	65,2	59,1	1,8	3,4	3,7
Liberecký	11,1	30,9	39,2	84,8	68,9	57,5	1,8	3,9	3,2
Královéhradecký	12,9	27,6	41,1	84,3	58,5	53,1	2,2	3,5	5,8
Pardubický	13,6	38,1	44,4	82,8	60,5	51,5	2,1	3,4	4,2
Kraj Vysočina	14,9	35,4	44,3	84,7	63,4	50,6	2,3	4,1	5,1
Jihomoravský	14,1	33,9	39,8	86,0	61,3	56,6	1,3	2,6	3,6
Olomoucký	12,5	36,4	44,3	82,8	57,7	51,8	1,5	2,3	3,9
Zlínský	15,3	38,5	47,9	86,2	67,1	48,9	1,8	3,8	3,2
Moravskoslezský	12,6	29,4	43,3	89,2	75,3	53,0	1,2	3,4	3,7

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Kapitola 5

Analýza charakteristik žen podstupujících UPT ze zdravotních důvodů

Jak je patrné z analýzy dat ČSÚ v předchozí kapitole, charakter umělé potratovosti se v čase mění jak z hlediska její intenzity, tak její struktury. Z předchozí analýzy dat vyplývá, že jsou v současnosti nejvyšší hodnoty měr umělé potratovosti v širší věkové skupině 20–34 let. Nejčastěji podstupují interrupci svobodné ženy, a také bezdětné ženy či ženy se dvěma dětmi. Z hlediska vzdělanostních skupin nejvíce podstupují UPT středoškolačky, což je však ovlivněno jejich největší početností v souboru žen podle nejvyššího dokončeného vzdělání. Index UPT je nejvyšší u žen se základním, respektive neukončeným vzděláním. V tuto chvíli je poměrně důležité zmínit, že ženy, které podávají žádost o přerušení těhotenství, ji z valné většiny podávají na základě vlastního rozhodnutí. Ženy, které jsou nuceny požádat o přerušení těhotenství v důsledku zdravotních komplikací (ať už ze strany plodu či těhotné ženy), tvoří v souboru žen podstupujících interrupce spíše menšinu (v roce 2018 tvořil podíl UPT ze zdravotních důvodů zhruba 20 %) (ČSÚ, 2019). Tato kapitola se tak zabývá analýzou individuálních anonymizovaných dat o potratech z roku 2018 poskytnutých Českým statistickým úřadem, s důrazem na analýzu UPT ze zdravotních důvodů. Analýza dat je prováděna statickou metodou binární logistické regrese.

5.1 Metodologie a data

V této kapitole jsou analyzována individuální anonymizovaná data souboru Potraty z Národního registru potratů z roku 2018, poskytnutých Českým statistickým úřadem. Tato data o potratech jsou tříděna na základě věku, trvalého místa bydliště, rodinného stavu ženy, zaměstnání, vzdělání, počtu živě narozených dětí, počtu předchozích UPT a samovolných potratů ženy, také podle druhu potratu a užívané antikoncepce. Dále se v rámci UPT data třídí podle stáří gravidity, způsobu provedení UPT a důvodu ukončení těhotenství. Pro potřeby této práce a analýzu individuálních dat ČSÚ pracuji pouze s daty o UPT, zásadní je pak faktor důvodu ukončení těhotenství (ze zdravotních důvodů, na žádost těhotné ženy či jiné důvody). U interrupcí ze zdravotních důvodů se dále rozlišují zdravotní komplikace na straně těhotné ženy a na straně plodu. Data jsou analyzována z hlediska faktoru věku, rodinného stavu, nejvyššího ukončeného vzdělání, počtu

živě narozených dětí a počtu předchozích samovolných UPT. Tyto faktory mohou mít vliv na to, zda žena pravděpodobněji podstoupí UPT ze zdravotních důvodů či nikoli.

Jak již bylo zmíněno v úvodu této kapitoly, k analýze individuálních anonymizovaných dat je použita statistická metoda binární logistické regrese. Dle Řehákové (2000), je cílem regresních metod statistické analýzy nalezení takového modelu, který by nejlépe a nejvýstižněji popsal vztah mezi závislou proměnnou a nezávisle proměnnými. Závislá proměnná je ta proměnná, kterou se snažíme predikovat na základě nezávislých proměnných. Při binární logistické regresi vycházíme z toho, že závislá proměnná nabývá dichotomických hodnot, respektive že v nastalé situaci jev buď nastane nebo nikoli. V této práci je závislou proměnnou (Y) to, zda žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů či ne (tedy podstoupí UPT z jiných důvodů než zdravotních). Pro účely v této práci platí $Y=1$, pokud žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů a $Y=0$, pokud podstoupí UPT z jiných než zdravotních důvodů. Jako nezávislé proměnné do modelu vstupuje věk, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání ženy, počet živě narozených dětí a počet předchozích samovolných potratů. Všechny nezávislé proměnné byly kategorizovány a dále musely být před samotnou analýzou upraveny. Některé kategorie proměnných byly z důvodů nízké četnosti přidány k více početným kategoriím. Úprava dat a jejich analýza je prováděna v programu SPSS.

První nezávislou proměnnou je věk ženy, jelikož se dá předpokládat, že s narůstajícím věkem se mohou objevit zdravotní komplikace v důsledku kterých žena nebude schopná plod donosit až do konce gravidity. Stejně tak počet živě narozených dětí a počet předchozích samovolných potratů může ukazovat na schopnost ženy úspěšně projít procesem těhotenství, respektive predikovat to, zda podstoupí UPT ze zdravotních důvodů. Dalšími nezávislými proměnnými je pak nejvyšší dokončené vzdělání a rodinný stav ženy, což jsou proměnné, které mohou dokreslovat strukturu UPT ze zdravotních důvodů.

Nezávislá proměnná věk byla rozdělena do šesti věkových kategorií (13–18, 19–24, 25–29, 30–34, 35–39, 40–44 a 45+ let). Nezávislá proměnná rodinný stav byla pro tuto analýzu dat rozdělena do tří kategorií – svobodné a nezjištěno, vdané a družky, rozvedené a vdovy. Proměnná nejvyšší dosažené vzdělání, byla upravena do pěti kategorií – základní (základní neukončené a základní ukončené), střední bez maturity (střední odborné), střední s maturitou (úplné střední odborné a úplné střední všeobecné), vysokoškolské (bakalářské a vysokoškolské) a nezjištěno. Nezávislá proměnná počet živě narozených dětí byla rozdělena do pěti kategorií (0, 1, 2, 3 a 4+ živě narozených dětí) a počet předchozích samovolných potratů do tří kategorií (0, 1 a 2+ samovolných potratů). Jako referenční kategorie nezávislých proměnných byly zvoleny vždy ty nejpočetnější (v tab. 6 znázorněny tučně).

Tab. 6 – Kódování jednotlivých kategorií a referenční kategorie, binární logistická regrese

Nezávislá proměnná		Četnosti	Kódování					
Věk	13–18	718	1	0	0	0	0	0
	19–24	3420	0	1	0	0	0	0
	25–29	3995	0	0	1	0	0	0
	30–34	4135	0	0	0	0	0	0
	35–39	3794	0	0	0	1	0	0
	40–44	2038	0	0	0	0	1	0
	45+	198	0	0	0	0	0	1
Nejvyšší dokončené vzdělání	základní (neukončené)	3553	1	0	0	0		
	střední s maturitou	5977	0	0	0	0		
	střední bez maturity	3786	0	1	0	0		
	vysokoškolské	2559	0	0	1	0		
	nezjištěno	2423	0	0	0	1		
Rodinný stav	svobodné a nezjištěno	11067	0	0				
	vdané a družky	5551	1	0				
	rozvedené a ovdovělé	1680	0	1				
Počet živě narozených dětí	0	5279	1	0	0	0		
	1	4760	0	1	0	0		
	2	5768	0	0	0	0		
	3	1725	0	0	1	0		
	4+	766	0	0	0	1		
Počet předchozích samovolných potratů	0	15110	0	0				
	1	2518	1	0				
	2+	670	0	1				

Poznámka: Referenční kategorie jsou vyznačeny tučně

Zdroj: ČSÚ

5.2 Analýza UPT ze zdravotních důvodů

Jak již bylo řečeno v předchozí podkapitole, do modelu binární logistické regrese vstupuje pět nezávislých (vysvětlujících) proměnných – věk, rodinný stav a nejvyšší dosažené vzdělání, počet živě narozených dětí a počet předchozích samovolných potratů ženy. Tento model vysvětluje hlavní efekty nezávislých proměnných na závislou proměnnou, jednotlivé interakce ostatních proměnných s věkem nebyly statisticky významné.

Koeficient determinace udává, jaký podíl z celkové variability závislé proměnné jsme dokázali skrze vytvořený regresní model vysvětlit. V tomto regresním modelu byl použit Nagelkerkeho koeficient a jak ilustruje tabulka č. 7, nabývá hodnoty 0,260. Vytvořený regresní model tak vysvětluje 26 % variability v datech. Ukazatel c z klasifikační tabulky udává, jaký podíl ze všech případů byl zařazen úspěšně (v tomto modelu bylo úspěšně zařazeno 82,9 % případů).

Tab. 7 – Odhad šance, že žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů podle vybraných charakteristik ženy, ČR, 2018

Nezávislá proměnná		Sig.	Exp(B)	95% interval spolehlivosti	
Věk	13–18	0,000	0,275	0,202	0,375
	19–24	0,000	0,321	0,272	0,379
	25–29	0,000	0,748	0,660	0,848
	30–34	0,000			
	35–39	0,465	1,046	0,928	1,179
	40–44	0,000	9,487	8,323	10,814
	45+	0,000	14,647	10,479	20,471
Nejvyšší dokončené vzdělání	základní a neukončené	0,001	1,266	1,100	1,457
	střední s maturitou	0,000			
	střední bez maturity	0,501	0,960	0,852	1,081
	vysokoškolské	0,000	1,287	1,141	1,453
	nezjištěno	0,000	1,989	1,760	2,249
Rodinný stav	svobodné a nezjištěno	0,000			
	vdané a družky	0,000	1,803	1,631	1,994
	rozvedené a vdovy	0,001	1,276	1,102	1,478
Počet živě narozených dětí	0	0,000	3,032	2,667	3,447
	1	0,000	1,575	1,406	1,764
	2	0,000			
	3	0,665	1,033	0,891	1,198
	4+	0,184	1,150	0,935	1,415
Počet předchozích samovolných potratů	0	0,000			
	1	0,000	1,463	1,307	1,637
	2+	0,000	1,880	1,551	2,279
Koeficient determinace (Nagelkerke)		0,260			
Podíl úspěšně zařazených případů (c)		82,9 %			

Poznámka: Referenční kategorie jsou označeny tučným písmem.

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

V tabulce 7 jsou znázorněny jednotlivé nezávislé proměnné vstupující do modelu, jejich statistické hladiny významnosti (Sig.) a také poměry šancí (Exp(B)) pro každou kategorii zvlášť. Téměř všechny kategorie nezávislých proměnných jsou statisticky významné na hladině 0,05, výjimkou je věková kategorie 35–39 let, kategorie střední odborné vzdělání a kategorie 3 a 4+ narozených dětí. V tomto regresním modelu poměry šancí ukazují, kolikrát je větší šance, že žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů v závislosti na daných nezávislých proměnných. V rámci každé nezávislé proměnné je zvolena referenční kategorie (v tabulce 7 zvýrazněna tučně), ke které jsou zbylé kategorie dané nezávislé proměnné vztahovány (například u nezávislé proměnné věku jsou poměry šancí studované věkové kategorie dávány do poměru k referenční kategorii 30–34 let).

Výsledky uvedené v tabulce 7 ilustrují, že interrupce ze zdravotních důvodů se častěji týkají žen ve starších věkových kategoriích, vdaných (a družek) a bezdětných žen. Častěji také postupují UPT ze zdravotních důvodů ženy, které již prodělaly jeden či více samovolných potratů. Podle výsledků regresního modelu mají ženy ve věkové kategorii 40–44 let téměř 9,5krát větší šanci

podstoupit UPT ze zdravotních důvodů v porovnání s věkovou skupinou 30–34 let. U žen ve věkové kategorii 45+ je tato šance dokonce 14,6krát vyšší. Tyto výsledky značí, že ženy starších věkových skupin jsou častěji donuceni v důsledku zdravotních komplikací ukončit UPT. U nejvyššího dosaženého vzdělání dosahuje nejvyššího poměru šancí kategorie nezjištěno (téměř dvakrát oproti referenční kategorii střední vzdělání), což jen reflektuje problematiku interpretace výsledků podle nejvyššího dosaženého vzdělání. Jelikož poměrně velké množství žen informaci ohledně vzdělání nesdělilo, lze z nasbíraných dat těžko vyvodit přesnější závěry. U žen s vysokoškolským a základním vzděláním je šance, že žena podstoupí interrupci ze zdravotních důvodů zhruba 1,3krát oproti ženám se středním vzděláním. Z hlediska rodinného stavu je u vdaných žen šance, že podstoupí UPT ze zdravotních důvodů 1,8krát vyšší než u žen svobodných, u rozvedených a ovdovělých je tato šance vyšší zhruba 1,3krát. U nezávislé proměnné počtu živě narozených dětí ženy je z výsledků patrné, že šance bezdětných žen, že podstoupí UPT ze zdravotních důvodů je zhruba trojnásobná oproti ženám se dvěma dětmi. U žen s jedním dítětem je tato šance nižší zhruba o polovinu (1,5krát). Dalo by se usuzovat, že ženy, které již porodily alespoň jedno dítě, mají nižší šanci, že se u nich objeví zdravotní komplikace, které je donutí podstoupit UPT, než je tomu u žen bezdětných. Naopak čím vyšší počet samovolných potratů žena prodělá, tím větší šance, že žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů. Pokud žena prodělala jeden samovolný potrat, šance že podstoupí UPT ze zdravotních důvodů je téměř 1,5krát větší a u žen, které prodělaly dva či více samovolných potratů dokonce 1,9krát větší než u žen, které nikdy samovolně nepotratily. Počet samovolných potratů by tak mohl predikovat schopnost ženy donosit plod (příp. nenarozené dítě) až do konce těhotenství, respektive šanci, že žena odstoupí interrupci ze zdravotních důvodů.

Tabulka 8 dále zobrazuje vypočítané pravděpodobnosti (P), zda žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů pro kombinaci pěti nezávislých proměnných, které vstupují do modelu (maximální a minimální hodnoty). Zobrazené pravděpodobnosti kombinací nezávislých proměnných korespondují s odhady šancí modelu binární logistické regrese z tabulky 7. Nejvyšší pravděpodobnosti, že žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů jsou u žen ve věkové skupině 40–44 a 45+ let, které nemají děti (případně pouze jedno) a již prodělaly alespoň jeden samovolný potrat, a také jsou vdané. Naopak nejnižší pravděpodobnosti jsou u žen ve věkové skupině 19–24 let, které již mají 2 nebo 3 děti a neprodělaly žádný samovolný potrat a jedná se spíše o svobodné ženy. V obou případech není nejvyšší dosažené vzdělání pro kombinaci nezávislých proměnných příliš charakteristické (u nejvyšších pravděpodobností převládá kategorie nezjištěno).

Tab. 8 – Pravděpodobnost, že žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů podle vybraných charakteristik ženy (maximální a minimální hodnoty), ČR, 2018

Věk	Počet živě narozených dětí	Počet předchozích samov. potratů	Rodinný stav	Vzdělání	<i>P</i>
45+	0	2+	svobodné, nezjištěno	nezjištěno	0,93
45+	1	2+	vdané, družky	nezjištěno	0,93
40–44	0	1	vdané, družky	nezjištěno	0,93
40–44	0	2+	vdané, družky	vysokoškolské	0,91
45+	1	1	vdané, družky	nezjištěno	0,91
19–24	3	0	rozvedené, ovdovělé	střední s maturitou	0,03
19–24	3	0	svobodné, nezjištěno	základní, neukončené	0,03
19–24	2	0	svobodné, nezjištěno	základní, neukončené	0,03
19–24	2	0	svobodné, nezjištěno	střední s maturitou	0,03
19–24	2	0	svobodné, nezjištěno	střední bez maturity	0,03

Poznámka: P = pravděpodobnost, že žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů, zvýrazněno tučným písmem

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

5.3 UPT ze zdravotních důvodů těhotné ženy a plodu

Jako doplnění analýzy charakteristik žen, které podstupují UPT ze zdravotních důvodů byly vypočítány podíly žen podstupujících interrupce ze zdravotních důvodů na základě toho, zda byly zdravotní důvody vedoucí k interrupci na straně těhotné ženy či plodu. Tyto podíly byly vypočítány pro všechny kategorie vybraných proměnných (věk, počet živě narozených a předchozí počet samovolných potratů ženy). Jak ilustruje tabulka č. 9, mírně převažují UPT ze zdravotních důvodů na straně těhotné ženy (56,6 %) nad zdravotními důvody ze strany plodu (43,4 %).

Z hlediska věku se objevují zdravotní komplikace na straně těhotné ženy podstupující UPT ze zdravotních důvodů především ve starších věkových kategoriích, ve věkové skupině 40–44 let u 82 % žen a ve věkové skupině 45+ let u 88 % žen podstupujících UPT ze zdravotních důvodů. Mírně také převažují zdravotní komplikace ze strany těhotné ženy u velmi mladých dívek ve věkové kategorii 13–18 let (65 %). Ve věkové skupině 25–34 let naopak mírně převažují UPT ze zdravotních důvodů na straně plodu (okolo 65 %).

Bezdětné ženy podstupují UPT ze zdravotních důvodů častěji v důsledku zdravotních komplikací na straně plodu (73 %). Naopak čím vyšší počet živě narozených dětí ženy, tím vyšší

podíl žen podstupuje UPT ze zdravotních důvodů na straně těhotné ženy. Zhruba 78 % žen se dvěma živě narozenými dětmi podstupující UPT ze zdravotních důvodů, mělo zdravotní komplikací na straně těhotné ženy, u žen se třemi a vyšším počtem živě narozených dětí byl tento podíl zhruba 83 %.

Z hlediska počtu předchozích samovolných potratů mírně převažují UPT ze zdravotních důvodů na straně těhotné ženy ve všech kategoriích. Zhruba 55 % žen podstupujících UPT ze zdravotních důvodů, které neprodělaly žádný samovolný potrat, mělo komplikace na straně těhotné ženy. U žen podstupujících interrupce ze zdravotních důvodů, které již prodělaly jeden či více samovolných potratů je tento podíl okolo 60 %.

Tab. 9 – Podíl UPT ze zdravotních důvodů podle věku, počtu živě narozených dětí a počtu předchozích samovolných potratů ženy, ČR, 2018, (%)

Proměnné		UPT ze zdravotních důvodů			
		ze strany těhotné ženy	ze strany plodu	celkem	N
Věk	13–18	64,9	35,1	100,0	57
	19–24	46,6	53,4	100,0	251
	25–29	34,7	65,3	100,0	571
	30–34	36,3	63,7	100,0	728
	35–39	44,5	55,5	100,0	665
	40–44	82,1	17,9	100,0	1290
	45+	87,5	12,5	100,0	144
Počet živě narozených dětí	0	27,4	72,6	100,0	955
	1	40,8	59,2	100,0	907
	2	77,7	22,3	100,0	1231
	3	82,8	17,2	100,0	418
	4+	83,6	16,4	100,0	195
Počet předchozích samovolných potratů	0	55,3	44,7	100,0	2792
	1	60,6	39,4	100,0	680
	2+	59,8	40,2	100,0	234
Celkem		56,6	43,4	100,0	3706

Poznámka: Podíly jsou počítány pro 3706 UPT ze zdravotních důvodů (u 10 žen nebylo udáno, zda se zdravotní komplikace týkaly těhotné ženy či plodu a nebyly tak zahrnuty do analýzy). N = četnosti jednotlivých kategorií UPT ze zdravotních důvodů (součet absolutních počtů UPT ze zdravotních důvodů na straně těhotné ženy a na straně plodu)

Zdroj: ČSÚ a vlastní výpočty

Kapitola 6

Závěr

Problematika umělých přerušení těhotenství je v současnosti stále řešeným tématem, přestože ve většině vyspělých států mají ženy k interrupcím přístup a k tomuto eticky problematickému tématu panuje ve společnosti spíše liberální postoj. To platí i pro Českou republiku, která se již delší dobu názorově řadí spíše k přístupu pro-choice, který se vyznačuje přesvědčením, že žena má právo rozhodnout se o životě nenarozeného dítěte, respektive má právo svobodně se rozhodnout o podstoupení UPT.

Zásadním milníkem ve vývoji úrovně umělé potratovosti v České republice byl rok 1986, ve kterém byl přijat zákon o umělém přerušení těhotenství (66/1986 Sb.), který byl uveden v platnost 1. 1. 1987. Zavedením tohoto zákona byly zrušeny interrupční komise, které do té doby vyřizovaly veškeré žádosti o UPT. Zrušením interrupčních komisí bylo všem těhotným ženám umožněno podstoupit interrupce na žádost, pokud těhotenství nepřesáhlo dobu 12 týdnů a zmíněnému zákroku nebrání zdravotní důvody dané ženy. Tato liberalizace zákona o umělém přerušení těhotenství měla velký vliv na nárůst úrovně umělé potratovosti na konci 80. let 20. století. Od roku 1993 si těhotné ženy musely hradit plnou cenu zákroku, pokud se nejednalo o UPT ze zdravotních důvodů, což naopak mělo určitý vliv na pokles úrovně umělé potratovosti na počátku 90. let. Tento pokles byl však také způsoben z velké části rozvojem moderních antikoncepčních metod. Ještě do počátku 90. let bylo umělé přerušení těhotenství vnímáno jako běžná forma dodatečného zabránění nechtěného těhotenství a teprve během 90. let byla interrupce vnímána jako krajní řešení. Naopak užívání moderních antikoncepčních metod, zejména hormonální antikoncepce, začalo narůstat, což mělo za důsledek pokles úrovně umělé potratovosti v 90. letech. Od roku 2007 je patrný pokles žen užívajících hormonální antikoncepci, úroveň umělé potratovosti se však v důsledku toho nemění. Trendy a strukturu umělé potratovosti dále ovlivňují individuální vlivy mezi které se řadí věk, vzdělání, rodinný stav, počet narozených dětí či počet předchozích podstoupených interrupcí ženy.

Během sledovaného období došlo k určitému vývoji a změně trendů a struktury úrovně umělé potratovosti v České republice v důsledku výše zmíněných faktorů. Po roce 1986 došlo k velkému nárůstu úrovně umělé potratovosti, který trval zhruba do konce 80. let 20. století s maximem v roce 1988, kdy hladina úhrnné umělé potratovosti dosáhla 1,6 UPT na jednu ženu v reprodukčním období. Naopak od počátku do poloviny 90. let došlo k prudkému poklesu úrovně

umělé potratovosti a prudší pokles úrovně úhrnné umělé potratovosti pokračoval až do roku 2006. Od toho roku úroveň umělé potratovosti klesá již mírně až stagnuje a v současnosti podstoupí žena během svého reprodukčního průměrně 0,28 UPT. V tuto chvíli tak lze potvrdit první stanovenou hypotézu, která tvrdí, že došlo k výraznému poklesu úrovně umělé potratovosti během sledovaného období (zejména v důsledku rozšíření užívání moderních antikoncepčních prostředků). Česká republika se aktuálně řadí mezi ostatní vyspělé evropské země s nízkou úrovní umělé potratovosti.

Během sledovaného období došlo také k proměně úrovně umělé potratovosti podle věku. Rozdíly v hodnotách měr umělé potratovosti jednotlivých věkových skupin se během třiceti let velmi snížily. K největšímu poklesu indexu umělé potratovosti došlo ve věkové skupině 40–44 let, z hodnoty 1027 UPT v roce 1989 na 46 UPT na 100 živě narozených v roce 2018. V současnosti jsou nejvyšší hodnoty indexu umělé potratovosti ve věkové skupině 40–44 let a 15–19 let. Míry umělé potratovosti (vztahované ke všem ženám v reprodukčním věku) dosahovaly nejvyšších hodnot v širší věkové skupině 20–34 let a zaznamenaly také největší pokles v čase až na hodnotu zhruba 0,6 ‰ v roce 2018. Pokles umělé potratovosti byl však znatelný ve všech věkových kategoriích, zejména v devadesátých letech. Během devadesátých let také došlo k nárůstu průměrného věku ženy při UPT všech pořadí. Průměrný věk ženy při UPT během sledovaného období vrostl zhruba o 1 rok z věku 28,6 na 29,7 let. U žen, které podstoupily UPT prvního pořadí vzrostl dokonce o 2 roky z věku 26,8 let v roce 1987 na 28,8 let v roce 2018.

Taktéž došlo ke změně struktury UPT podle rodinného stavu. Na základě analýzy dat lze potvrdit i druhou hypotézu, že zatímco na počátku sledovaného období podstupovaly UPT především vdané ženy, které již dosáhly plánovaného počtu dětí, v současnosti interrupci volí častěji ženy svobodné. V roce 1987 podstupovaly interrupce zejména vdané ženy (75 %), během sledovaného období však jejich podíl klesl na 30 % v roce 2018. Naopak od 90. let se neustále zvyšuje podíl svobodných žen, podstupujících interrupce (v roce 2018 to bylo již 58,5 %). To lze vysvětlit tím, že se zvyšuje počet párů, které nevstupují do manželství, ale žijí v kohabitaci a také tím, že dnes je interrupce často řešením nechtěného těhotenství svobodných žen, které odsouvají zakládání rodiny do vyššího věku. Naopak index umělé potratovosti byl po celé sledované období nejnižší u vdaných žen, které raději volily narození dítěte než umělé přerušování těhotenství. Jak již bylo uvedeno výše, vdané ženy volí interrupci až ve chvíli, kdy již dosáhly plánovaného počtu dětí. Vyšší hodnoty indexu umělé potratovosti zaznamenaly rozvedené, svobodné a ovdovělé ženy, které oproti vdaným ženám spíše volily UPT než narození dítěte (na přelomu nového tisíciletí už tyto věkové skupiny častěji volily narození dítěte než interrupci). V roce 1987 tvořily bezdětné ženy podstupující UPT pouze 14 % z celkového počtu žen, avšak během třiceti let se tento podíl zvýšil na 29 %. Během sledovaného období také narostl podíl žen s jedním dítětem, které podstoupily interrupci o 5 procentních bodů, podíl žen se dvěma dětmi klesl o 16 procentních bodů.

Úroveň umělé potratovosti podle pořadí byla nejvyšší u UPT prvního pořadí po celé sledované období, během něj však klesla z maxima 0,9 v roce 1987 na 0,2 UPT prvního pořadí na ženu v reprodukčním věku v roce 2018. Klesající trend během 90. let je patrný i u interrupcí vyšších pořadí. Pravděpodobnost, že žena podstoupí první interrupci odpovídá úhrnné umělé potratovosti prvního pořadí. Velmi podobně trendy jsou patrné u pravděpodobností druhého,

třetího a čtvrtého UPT, tedy nárůst do počátku 90. let a poté klesající tendence až do současnosti. Také pravděpodobnost, že žena podstoupí UPT patého pořadí rostla až do poloviny 90. let, od té doby má však kolísavou tendenci. V současnosti však dosahuje nejvyšší hodnoty ze všech pravděpodobností, konkrétně 0,6.

Analýza úrovně umělé potratovosti podle vzdělání ženy je poměrně problematická, jelikož závisí na rozložení žen podle nejvyššího dosaženého vzdělání v populaci. Podíly žen podstupujících UPT byly podobné u základního vzdělání, středního s maturitou a středního bez maturity (okolo 30 %), obecně středoškolačky však tvořily největší podíl. U žen se základním a středoškolským vzděláním bez maturity došlo do roku 2018 k poklesu tohoto podílu, u vysokoškoláček naopak došlo k nárůstu na 14 % z celkového podílu žen podstupujících interrupce. Roste také podíl žen, u kterých nebylo nejvyšší dokončené vzdělání zjištěno, což komplikuje interpretaci dat. Naopak jsou to ženy se základním či neukončeným vzděláním, které na počátku sledovaného období volily raději UPT než narození dítěte. V současnosti je nejvyšší index umělé potratovosti stále u žen se základním a neukončeným vzděláním (35 UPT na 100 živě narozených) a naopak nejnižší u vysokoškoláček (7 UPT na 100 živě narozených).

Druhá část analytické části se věnuje analýze anonymizovaných individuálních dat o potratech z roku 2018. Analýza je zaměřena na charakteristiky žen podstupujících UPT ze zdravotních důvodů. Ženy podstupující UPT ze zdravotních důvodů tvoří menšinu v celkovém počtu žen podstupujících interrupce a v roce 2018 to bylo zhruba 20 %. Pomocí modelu binární logistické regrese byl zkoumán vliv pěti nezávislých proměnných (věk, rodinný stav, vzdělání, počet živě narozených dětí a počet předchozích samovolných potratů ženy) na šanci, zda žena podstoupí interrupci ze zdravotních důvodů. Z analýzy dat vyplývá, že větší šanci, že podstoupí UPT ze zdravotních důvodů mají ženy starších věkových kategorií (40–44 let a 45+ let) oproti ženám ve věkové kategorii 30–34 let, konkrétně 9,5krát a 14,6krát. Bezdětné ženy mají třikrát větší šanci podstoupení interrupce ze zdravotních důvodů oproti ženám se dvěma dětmi. Také čím vyšší počet prodělaných samovolných potratů, tím vyšší šance podstoupení UPT ze zdravotních důvodů. Vdané ženy mají šanci podstoupení interrupce ze zdravotních důvodů 1,8krát vyšší než ženy svobodné. Lze tak potvrdit i třetí hypotézu, že vyšší věk ženy a počet předchozích samovolných potratů zvyšují šanci, že žena podstoupí UPT ze zdravotních důvodů.

UPT ze zdravotních důvodů lze rozdělit podle toho, zda se tyto zdravotní důvody týkají těhotné ženy či plodu. Z analýzy anonymizovaných individuálních dat vyplývá, že mezi interrupcemi ze zdravotních důvodů mírně převažují ty ze strany těhotné ženy (téměř 57 %). Převaha UPT ze zdravotních důvodů ze strany těhotné ženy se častěji objevovala u žen vyšších věkových kategorií nebo naopak u nejnižší věkové kategorie 13–18 let a u žen se dvěma a více dětmi. Výraznější převaha podílu UPT ze zdravotních důvodů ze strany plodu byla u bezdětných žen, mírnější převaha pak u žen s jedním živě narozeným dítětem a v širší věkové kategorii 25–34 let. Z hlediska počtu předchozích samovolných potratů mírně převažují UPT ze zdravotních důvodů na straně těhotné ženy bez ohledu na to, zda žena samovolný potrat prodělala či ne.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BBC, 2019. *Alabama abortion law: Judge blocks bill from taking effect* [online]. 29.10. [cit. 2020-03-25]. London: BBC. Dostupné z: <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-50223637>.
- ČADOVÁ, Naděžda, 2019. *Tisková zpráva: Veřejné mínění o interrupci, eutanazii a prostituci – květen 2019*. CVVM [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a4954/f9/ov190617.pdf.
- Česká statistický úřad, 2019 [online]. *Demografická ročenka 2018*. Praha: Český statistický úřad [cit. 20.3.2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/91917728/13006719re02.pdf/61ca8732-c01f-48f0-861c-36ab29d0ed64?version=1.0>.
- Český statistický úřad, 2019 [online]. *Potraty*. In: Demografická příručka – 2018. Praha: Český statistický úřad [cit. 20.3.2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka#>.
- Český statistický úřad, 2020 [online]. *Pohyb obyvatelstva v Českých zemích 1920–2019, absolutní údaje*. Praha: Český statistický úřad [cit. 22.7.2020]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_hu.
- ČEVELA, Rostislav, 2015. *Sociální a posudkové lékařství*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. 77 s. ISBN 978-80-246-2938-4.
- DUDOVÁ, Radka, 2012. *Interrupce v České republice: zápas o ženská těla*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 978-80-7330-214-6.
- GOLDBERG, Howard, Jaroslav KRAUS, Ivan TOMEK a Petr VELEBIL, 1994. Průzkum reprodukce a zdraví – ČR 1993. *Demografie: revue pro výzkum populačního vývoje* [online]. 36(1), 30–39 [cit. 20.3.2020]. ISSN 0011-8265.
- Government UK, 2020. *Changes to the law in Northern Ireland: updated information* [online]. 25.3. [cit. 2020-03-25]. Belfast: Northern Ireland Office. Dostupné z: <https://www.gov.uk/government/news/changes-to-the-law-in-northern-ireland-updated-information>.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2002. *Lékařská etika*. Praha: Galén. 113 s. ISBN 978-80-7492-204-6.
- Hnutí pro život ČR, 2020. *Kdo jsme*. Hnutiprozivot.cz [online] [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: <https://hnutiprozivot.cz/kdo-jsme>.

- KOBILKOVÁ, Jitka, 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén. 295 s. ISBN 80-7262-315-X.
- KOCOURKOVÁ, Jiřina a FAIT, Tomáš, 2011. Changes in contraceptive practice and the transition of reproduction pattern in the Czech population. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception* [online]. **16**(3), 161–172 [cit. 8.3.2020]. DOI: <https://doi.org/10.3109/13625187.2011.574750>.
- KOCOURKOVÁ, Jiřina, 2009. Mít či nemít děti? In: KALIBOVÁ, Květa, Zdeněk PAVLÍK a Alena VODÁKOVÁ, ed. *Demografie (nejen) pro demografy*. Vyd. 3. Praha: Sociologické nakladatelství, s. 226–236. Sociologické pojmosloví. ISBN 978-80-7419-012-4.
- KOCOURKOVÁ, Jiřina, 2011. Aktuální trendy české populace. In: ŠULOVÁ, Lenka a kol. *Výchova k sexuálně reprodukcímu zdraví*. Praha: Maxdorf, s. 155–170. ISBN 978-80-7345-238-4. Dostupné z: <https://www.czech-ggs.cz/clanky/publikace/monografie/kapitolyvknize.html>.
- KŘEŠŤANOVÁ, Jana a Roman KURKIN, 2019. Populační vývoj v České republice v roce 2018. *Demografie, revue pro výzkum populárního vývoje* [online]. Praha: Český statistický úřad. **61**(3), 190–210 [cit. 20.3.2020]. ISSN 1805-2991. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/91917738/13005319q3_190.pdf/1e9753a2-47a5-4ea1-a027-aecaa2b4c2ad?version=1.1.
- KÜHN, Zdeněk a Dagmar CÍSAŘOVÁ, 1998. *Ochrana lidského plodu v trestním právu*. Praha: Institut pro další vzdělávání soudců a státních zástupců. Příručky ministerstva spravedlnosti České republiky.
- LUBUŠKÝ, Marek, 2018. Umělé přerušení těhotenství na žádost pacientky farmakologickou metodou, nepřesahuje-li těhotenství sedm týdnů. *Gynekologie a porodnictví* [online]. **2** (5), 314–316 [cit. 20.3.2020]. Dostupné z: <http://lubusky.com/clanky/120.pdf>.
- PAVLÍK, Zdeněk, Alena ŠUBRTOVÁ a Jitka RYCHTAŘÍKOVÁ, 1986. *Základy demografie: celostátní vysokoškolská příručka pro studenty přírodovědeckých, ekonomických, filozofických a lékařských fakult*. Praha: Academia.
- RAI, Raj a Lesley REGAN, 2006. Recurrent miscarriage. *The Lancet* [online]. **368** (9535), 601–611 [cit. 10.8.2020]. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69204-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69204-0).
- ŘEHA KOVA, Blanka, 2000. Nebojte se logisticke regrese. *Sociologicky časopis* [online]. **36**(4) [cit. 2013-03-15]. Dostupný z: <https://sreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/2000/04/06.pdf>.
- SOBOTKA, Tomáš a kol., 2008. Czech Republic: A rapid transformation of fertility and family behaviour after the collapse of state socialism. *Demographic Research* [online]. **19** (14), 403–454 [cit. 8.3.2020]. DOI: 10.4054/DemRes.2008.19.14.
- SOBOTKA, Tomáš, 2002. Potraty. In: PAVLÍK, Zdeněk a KUČERA, Milan. *Populační vývoj České republiky 1990–2002* [online]. Praha: Přírodovědecká fakulta Univerzity Karlovy, s. 49–56. ISBN 80–902686–8–4. Dostupný z: http://popin.natur.cuni.cz/html2/publications/papers/popdev02cz/population_development_czech_all.pdf

- Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu. O nás [online]. SPRSV, © 2017–2020. [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: <https://www.planovanirodiny.cz/o-nas>.
- ŠAMANOVÁ, Gabriela, 2005. *Tisková zpráva: Názory veřejnosti na interrupce a uzákonění registrovaného partnerství*. CVVM [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR [cit. 2020-03-06]. Dostupné z: https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a73/f9/100477s_ov50429.pdf.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2016. *Národní registr reprodukčního zdraví – potraty: závazné pokyny NZIS* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 03.8.2020]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/registry/nrrz/nrrz-pot-zpok-005-20160101.pdf>.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. *Potraty 2016*. [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 20.3.2020]. 6 s. ISBN 978-80-7472-172-4. Dostupný z : <https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/potraty2016.pdf>.
- UZEL, Radim, 2002. Antikoncepce a potraty v ČR a ve světě. In: Solen.cz [online]. 31.12. [cit. 8.3.2020]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/int/2002/08/14.pdf>.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 129/1960 Sb. ze dne 26. července 1960 o změně vyhlášky, kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1960-129>.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 249/1957 Ú.I. ze dne 21. prosince 1957, kterou se provádí zákon o umělém přerušení těhotenství. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/vyhledavani-aspi/?Id=28973&Section=1&IdPara=1&ParaC=2>.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví Česká republiky č. 467/1992 Sb. ze dne 8. září 1992, o zdravotní péči poskytované za úhradu. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/vyhledavani-aspi/?Id=40230&Section=1&IdPara=1&ParaC=2>.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 71/1973 Sb. ze dne 16. května 1973 o změně vyhlášky, kterou se provádí zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1973-71>.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 80/1980 Sb. ze dne 6. června 1980 o změně vyhlášky, kterou se mění a doplňuje vyhláška č. 71/1973 Sb., kterou se provádí zákon č. 68/1957 Sb., o umělém přerušení těhotenství. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1980-80>.
- Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky č. 75/1986 Sb. ze dne 7. listopadu 1986, kterou se provádí zákon České národní rady č. 66/1986 Sb., o umělém přerušení těhotenství. In: Sbírka zákonů 28. listopadu 1986, roč. 1986, částka 24. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/dataPublic/sbirky/archiv/sb24-86.pdf>.
- Zákon č. 66/1986 Sb. ze dne 20. října 1986 o umělém přerušení těhotenství. In: Sbírka zákonů 3. listopadu 1986, roč. 1986, částka 22. Dostupné z: <https://www.epravo.cz/dataPublic/sbirky/archiv/sb22-86.pdf>.

Zákon č. 68/1957 Sb. ze dne 19. prosince 1957, o umělém přerušení těhotenství. In: Sbírka zákonů 30. prosince 1957, roč. 1957, částka 33. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1957-68>.

Zákon č. 86/1950 Sb. ze dne 12. července 1950, Trestní zákon. In: Sbírka zákonů 18. července 1950, roč. 1950. částka 39. Dostupné z: <https://www.ustrcr.cz/data/pdf/projekty/usmrceni-hranice/dokumenty/zakon86-87-1950.pdf>.